Rok LII. Kraków, dnia 25. stycznia 1913. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.
(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Doświadczenia kliniczne z salwarsanem.

(Na podstawie dwuletnich spostrzeżeń).

Podał

Dr Z. Wachtel

asystent kliniki.

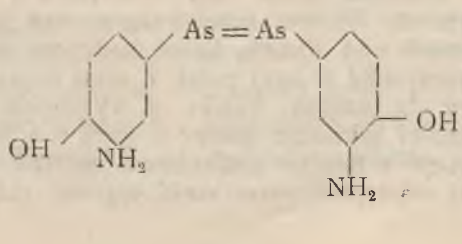
Gdy w roku 1910 przedstawił Ehrlich na Zjeździe w Wiesbadenie swój nowy przetwór »606« i przekonał, że można arsenobenzol, który zawiera w sobie 34% arsenu, podawać bez szkodliwych następstw dla ustroju ludzkiego, zaczęto w różnych klinikach podawać arsenobenzol (salwarsan) w schorzeniach kiłowych i parakiłowych, a w krótkim czasie potem także i w tych sprawach chorobowych, w których się zwykło podawać arsen, przedewszystkiem w chorobach krwi, a także i niektórych sprawach nowotworowych.

W klinice krakowskiej zaczęto z polecenia Profesora Jaworskiego stosować salwarsan w roku szkolnym 1910/11. W ciągu dwóch ostatnich lat zebrano na materyale klinicznym 63 przypadków leczonych salwarsanem. Przypadki leczone salwarsanem dotyczyły głównie chorób krwi, chorób parakiłowych i nielicznych przypadków nowotworowych.

Opracowanie niniejsze nie będzie zawierać historyi chorób wszystkich przypadków leczonych salwarsanem; będzie ono raczej podaniem spostrzeżeń klinicznych co do stosowania i działania tego leku, a tylko w niektórych ważniejszych i zasługujących na szczególniejsze uwzględnienie przypadkach omówiony będzie nieco obszerniej przebieg choroby.

Przed przystąpieniem do spostrzeżeń klinicznych nie od rzeczy będzie pokrótce przypomnieć chemiczny skład salwarsanu i jego własności.

Salwarsan jest połączeniem organicznem trójwartościowego arsenu (diamidarsenobenzol), o wzorze



przedstawia się jako proszek jasno-żółty, bezwonny, na powietrzu łatwo się utleniający, zawierający 34% arsenu W handel wprowadzony jako sól kwaśna pod nazwą »salwarsanu«; rozpuszcza się łatwo w gorącej wodzie, dając płyn zupełnie przeźroczysty o zabarwieniu żółtozielonkawem; rozczyn ten jest kwaśny.

Z początku wstrzykiwano salwarsan w rozczynie kwaśnym wśródmięśniowo, ale wstrzykiwania te były bardzo bolesne. Alt i E. Hoffmann twierdzili, że kwaśny rozczyn działa niekorzystnie na czynność serca, a znaczne podwyższenie ciepłoty przypisywał Hoffmann kwaśnemu odczynowi salwarsanu. Później zaczęto salwarsan wstrzykiwać w rozczynie zasadowym śródmięśniowo w mięśnie pośladkowe. Wstrzykiwania te były czasami bardzo bolesne, a w miejscu wstrzyknięcia można było jeszcze po trzech tygodniach wyczuć duży naciek, przy dotykaniu bolesny.

W tutejszej klinice wstrzykiwano salwarsan w obu tych rozczynach również naprzód śródmięśniowo. Po tych wstrzykiwaniach chorzy często narzekali na dotkliwe bóle, a w miejscu wstrzyknięcia utrzymywał się nawet przez kilka tygodni naciek, który czasami dochodził do wielkości pięści. W moczu w niektórych z tych przypadków wcale arsenu nie można było wykazać, zwłaszcza po wstrzyknięciu salwarsanu już w gotowej zawiesinie, wprowadzonej w handel pod nazwą »Joha«. Po jednem takiem wstrzyknięciu Johy zgłosiła się chora w trzy miesiące po wyjściu z kliniki z ropniem w miejscu wstrzyknięcia, który musiano leczyć chirurgicznie. Wobec tego zaniechano później zupełnie wstrzykiwań śródmięśniowych i w dalszych przypadkach stosowano salwarsan w rozczynie zasadowym tylko śródżylnie.

Co do t e c h n i k i wstrzykiwania śródżylnego, podam tylko niektóre moje spostrzeżenia, gdyż dokładnego opisu wszystkich przyrządów, których liczba z dnia na dzień rośnie, a system wszędzie jednaki, nie mam zamiaru podawać. Do wstrzykiwania śródżylnego powinno się używać przyrządów o budowie najprostszej, gdyż im mniej złożona budowa przyrządu, tem przyrząd jest wygodniejszy i łatwiejszy do wyjałowienia. W tutejszej klinice wstrzykiwano zapomocą przyrządu Schreibera, który składa się z dwóch cylindrów szklannych o objętości 300 cm^3; obydwa cylindry umieszczone są w stojaku. Cylindry te u dna przechodzą w zwężenia z otworami i połączone są dwoma wężami gumowymi z kurkiem metalowym, który ma trzy rozgałęzienia; dwa rozgałęzienia są połączone zapomocą

rurek gumowych z cylindrami szklanymi, a trzecie wolne ma połączenie z igłą, która w danej chwili znajduje się w żyle. Według nastawienia kurka można płyn upuszczać z jednego lub z drugiego cylindra. Igła powinna być przedewszystkiem ostra, nie zbytnio wązka i nie za długa; długość jej nie powinna przekraczać 3 cm. Przy dłuższych igłach z łatwością można przebić żyłę na wylot, lub też uszkodzić ścianę żyły, a wtedy podczas wstrzykiwania natychmiast tworzy się skrzep i dalszy zabieg jest niemożliwy. Jeżeli igła jest tępa, to bardzo często żyła się usuwa i nie można wbić igły do jej światła. Aby igły były ostre i czysto utrzymane, najlepiej przechowywać je w naczyniu szklanem, wypełnionem alkoholem 76% z mentolem, a nie, jak to się zwykle robi, przed każdem użyciem gotować je w wodzie wrzącej, gdyż przez gotowanie nawet najostrzejsza igła stalowa tępieje. Prócz przyrządu potrzebna jest mała miseczka porcelanowa, pręcik szklany na jednym końcu kolbowato zgrubiały i wkraplacz szklany z podziałką na centymetry sześcienne.

Wszystkie te przybory należy przed użyciem dokładnie przeglądnąć i pamiętać zawsze wypróbować kurek, czy z łatwością daje się przekręcać. Zapóźno bowiem jest dopiero wtedy próbować kurka, gdy igła znajduje się w żyle, zwłaszcza, że kurki takie często się zacinają, lub też przez niedokładne oczyszczenie rdzewieją; do otwarcia takiego kurka musi się wtedy użyć pewnej siły, a wówczas igła może się wysunąć z żyły lub przebić ją na wylot. Cały przyrząd wraz z dodatkami należy przed użyciem wyjałowić.

Skoro już wszystko w ten sposób jest przygotowane, wysypujemy salwarsan z kolbki szklannej do miseczki porcelanowej (można go użyć, o ile jestto proszek jasno-żółty i bez woni), dolewamy kroplami 15% ługu sodowego (i to dla 0·6 gr salwarsanu 23—24 kropel, t. j. 1·4 cm^3; dla 0·5 gr salwarsanu 19—20 kropel, t. j. 0·95 cm^3; dla 0·4 gr 15—16 kropel, t. j. 0·76 cm^3; dla 0·3 gr 12 kropel, t. j. 0·57 cm^3; dla 0·2 gr 8 kropel, t. j. 0·38 cm^3). Salwarsan, zmieszany z ługiem, rozcieramy pręcikiem szklannym dopóty, dopóki nie otrzymamy zupełnie przeźroczystego rozczynu, poczem dodajemy kilkadziesiąt cm^3 rozczynu fizyologicznego soli; wszystek płyn wlewa się do cylindra szklanego, uzupełniając rozczynem fizyologicznym soli w ten sposób, iż na każde 0·10 gr salwarsanu przypada 50 cm^3 płynu. Do drugiego cylindra nalewamy czystego rozczynu fizyologicznego soli. Rozczyn fizyologiczny soli w obu cylindrach powinien mieć 37^0.

Po tych przygotowaniach możemy przystąpić do samego wstrzykiwania.

Wstrzykiwaliśmy zwykle do jednej z żył przegubu łokciowego. Podczas wstrzykiwania należy oczywiście zachować wszelkie ostrożności, stosowane zwykle przy wstrzykiwaniach śródżylnych, a przy samem wstrzykiwaniu pilnie baczyć, czy nie powstaje naciek w miejscu wstrzyknięcia, świadczący o wydostaniu się igły ze światła żyły i o gromadzeniu się płynu w okolicznej tkance podskórnej. W takim razie należy natychmiast przerwać wstrzykiwanie przez zakręcenie kurka i wyjąć igłę, albowiem gdyby się natychmiast tego nie zrobiło i dopuściło do powstania chociażby niezbyt dużego nacieku, to dalsze wstrzykiwanie śródżylne w tej okolicy stałoby się na dłuższy czas niemożliwe, a nadto sprawiłoby się choremu bardzo dotkliwy i długo trwający ból. U osób otyłych i u takich, które wogóle mają bardzo cienkie żyły, wprowadzenie igły do światła naczynia sprawia wielkie trudności lub jest zgoła niemożliwe bez odsłonięcia żyły, do czego w takim przypadku można się uciec.

Z powodu wyżej wymienionych trudności technicznych, a nadto z tego powodu, że chory powinien przynajmniej przez jedną dobę pozostawać po wstrzyknięciu pod ścisłym nadzorem, powinno się wstrzykiwania wykonywać w zakładach, mających odpowiednie urządzenie.

Wysokość dawki na jedno wstrzyknięcie wahała się od 0·3 gr do 0·6 gr. U osób starszych, osłabionych, jakoteż u kobiet dawka bywała nieco niższa. Średnie i najczęściej stosowane dawki wynosiły dla mężczyzn 0·5 gr, dla kobiet 0·4 gr. Kończąc na tem ogólne uwagi, przystępuję do omówienia spostrzeżeń klinicznych.

I. Salwarsan w chorobach parakiłowych.

Przekonawszy się o skuteczności salwarsanu we wszystkich świeżych sprawach kiłowych, poczęto go stosować w takich przypadkach, w których z wywiadów można było wnosić bądźto o przebytej, bądźto o dziedzicznej kile, jako też u chorych z wyraźnemi zmianami parakiłowemi, t. j. w wiądzie rdzenia i w zapaleniu poprzecznem rdzenia. Przypadków takich, nadających się do stosowania salwarsanu, było w klinice naszej czternaście z odczynem Wassermanna dodatnim (z wyjątkiem jednego przypadku poniżej opisanego).

Widocznej poprawy ogólnego stanu chorobowego nie zauważono w żadnym z tych przypadków, aczkolwiek chorzy (zwykle inteligentniejsi), którzy się sami dopraszali tego wstrzyknięcia, czuli się w kilka dni po wstrzyknięciu podmiotowo lepiej; przedmiotowo stan ich zupełnie się nie zmieniał. Chorzy na wiąd rdzenia dobrze znosili wstrzykiwania tak śródmięśniowe, jak też i śródżylne; w miejscu wstrzyknięcia nie było nigdy większej bolesności. Po śródmięśniowem wstrzyknięciu ciepłota u tych chorych nie podnosiła się; nacieki w miejscu wstrzyknięcia utrzymywały się przez dwa, a w kilku przypadkach przez 4 tygodnie. W moczu tylko w niektórych przypadkach po 24 godzinach można było stwierdzić arsen. Dawka jednorazowa wynosiła średnio 0·40 gr do 0·50 gr. Ważniejsze, przytoczenia godne przypadki z tego działu są następujące:

L. Dz. 143. L. t. 36. N. J. wachmistrz żandarmeryi żonaty, l. 43, zgłosił się do kliniki dnia 19. XII. 1910.

Rozpoznanie kliniczne: Tabes dorsalis, stadium, incip.

Wywiady: Obecna choroba miała się rozpocząć przed dwoma laty nagle utratą czucia w obydwu kończynach dolnych. Chodzenie było znacznie utrudnione. Stan ten trwał przez cztery miesiące i dopiero po zażyciu trzech flaszek leku przepisanego przez lekarza nastąpiła nieznaczna poprawa. (Jakie to było lekarstwo, nie można się było dokładnie dowiedzieć). Chory wtedy, dowiedziawszy się z dzienników o nowym środku Ehrlicha, udał się do szpitala w Wiedniu, gdzie mu wstrzyknięto śródmięśniowo salwarsan. Po tem wstrzyknięciu stan jego wcale się nie poprawił, i te objawy, które częściowo ustąpiły po lekarstwie, powróciły w całej pełni. Z tymi objawami zgłosił się chory do tutejszej kliniki. Z wywiadów wynikało, że chory przebył zakażenie kiłowe w 1903 r. i był leczony wstrzykiwaniami w mięśnie pośladkowe (wstrzykiwań takich otrzymał 20), następnie przez sześć tygodni zażywał jod.

Stan obecny: Chory o budowie prawidłowej, odżywieniu dobrem, bez poważniejszych zmian w narządach wewnętrznych. Siła mięśniowa w kończynach dolnych znacznie zmniejszona bez zmian odżywczych. Czucie na kończynach górnych, klatce piersiowej i na brzuchu bez zmian. Na goleni prawej i lewej, tak z przodu jak i z tyłu, czucie bolu, zimna i ciepła zmniejszone, na udzie prawem zupełnie zniesione, na udzie lewem czucie znacznie upośledzone. Chory chodzi na piętach i ma wrażenie, że chodzi po dywanie. Objaw Romberga wyraźnie zaznaczony, odruchy kolanowe wzmożone. Odczyn WNB z wynikiem ujemnym (— —).

Dnia 27. XII. 1910 wstrzyknięto choremu salwarsan w mięsień pośladkowy prawy w ilości 0·40 gr. Chory po wstrzyknięciu nie miał żadnych dolegliwości, ani wzniesienia ciepłoty. Przedmiotowo stan chorego, badany w osiem dni po wstrzyknięciu, zupełnie się nie zmienił. Dnia 10. I. 1911 wstrzyknięto choremu po raz drugi salwarsan śródżylnie w ilości 0·5 gr. W godzinę po wstrzyknięciu wystąpiły silne dreszcze, trwające blizko godzinę, poczem ciepłota ciała podniosła się do 39°C. Dreszcze się już nie powtórzyły, ale gorączka dochodząca do 38·4° C. utrzymywała się jeszcze przez następną dobę. Dolegliwości po wstrzyknięciu chory nie miał. Po upływie doby ciepłota ciała opadła do 36·7°C i od tego czasu nie było już nieprawidłowego podniesienia ciepłoty.

W moczu w trzy dni po wstrzyknięciu stwierdzono arsen. Chory pozostawał jeszcze w klinice do dnia 23. I. 1911, ale stan jego zupełnie się nie zmienił. Chory bez śladu poprawy opuścił klinikę dnia 24. I. 1912.

Przypadek ten, choć klinicznie mniej ciekawy, przytaczam w tym celu, by wykazać, że salwarsan wbrew przekonaniu klinicystów w przypadkach rozpoczynającego się wiądu nic lub niewiele pomaga.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, oraz o t. zw. meningizmie.

napisał

Dr Maryan Godlewski.

(Dokończenie.)

O ile tedy każda niewątpliwa ostro powstająca sztywność karku zwraca zawsze myśl lekarza ku zapaleniu opon, to przypuszczenie to rośnie do granic prawdopodobieństwa, jeśli dołącza się do tego objawu gorączka ze znamiennem dla zapalenia opon mózgowych zachowaniem się tętna. I tym objawom tedy kilka słów poświęcić należy.

Gorączka, towarzysząca z reguły wszystkim sprawom zakaźnym, nie ma już z tego względu dla zapalenia opon cech swoistości; nabiera ich jednak, gdy chodzi o zajmującą nas właśnie rzekomo mocznicową postać zapalenia opon.

Mimo, że wszystkie podręczniki chorób wewnętrznych wyraźnie zaznaczają, że ciepłota w przebiegu mocznicy podnieść się może nawet bardzo wysoko, jest to, wedle naszych spostrzeżeń, chyba objawem bardzo wyjątkowym. Jako regułę przyjąć należy, że w przebiegu niepowikłanej mocznicy ciepłota jest prawidłowa, albo nawet się obniża. Ile razy ciepłota w przebiegu mocznicy czas dłuższy była podniesiona, stwierdziliśmy po śmierci pewne powikłania, a mianowicie najczęściej schyłkowe zapalenie płuc. Sama mocznica doprowadza — jak słusznie zauważa Senator — tylko wtedy do wysokiego nawet podniesienia ciepłoty, jeśli występują na pierwszy plan obrazu klinicznego raz po raz powtarzające się napady drgawek [15]). Należy jednak zauważyć, że w tym razie źródłem podwyższenia ciepłoty jest nadmierna praca mięśniowa; jak bowiem wiemy od czasu podstawowych prac Becklarda, prócz gruczołów właśnie mięśnie stanowią główne źródło ciepła w ustroju. Wszakże to podniesienie ciepłoty spotykamy i po częstych, raz po raz powtarzających się drgawkach prawdziwej padaczki, co stanowi najlepszy dowód, że źródłem hyperpireksyi jest w tych przypadkach jedynie nadmierna praca mięśniowa; należy więc stwierdzić, że samozatrucie mocznicowe, jako takie, wywołuje raczej obniżenie ciepłoty ciała, bynajmniej jej zaś nie podnosi.

Stąd też we wszystkich trzech przypadkach mogliśmy stale utrzymujące się znaczne podniesienie ciepłoty zużytkować rozpoznawczo, odnosząc ten objaw, wraz z wyraźną sztywnością karku, do zapalenia opon mózgowych.

Nakoniec nie bez znaczenia jest — zdaniem mojem — i różnica w zachowaniu się tętna. I w przebiegu zapalenia nerek, względnie w przebiegu mocznicy, i w przebiegu zapalenia opon istnieje skłonność do zwolnienia tętna [16]); różnica zaznacza się dopiero w utrzymywaniu się tego objawu. Nie przypominam sobie ani jednego przypadku — mówię oczywiście stale o dorosłych — gdzieby zwolnienie to w zapaleniu opon mózgowych w późnych okresach niekorzystnie przebiegającej choroby nie ustępowało miejsca przyspieszeniu; tak było też we wszystkich opisanych powyżej przypadkach. Inaczej ma się rzecz w przebiegu niepowikłanej mocznicy. Mam w pamięci cały szereg przypadków, w których na pół godziny przed śmiercią stwierdzić mogłem doskonale napięte, twarde i wolne tętno [17]). To zachowanie się tętna w przebiegu mocznicy i sam obraz chorych, umierających w tym stanie, sprawia na mnie wrażenie, że śmierć następuje tu z reguły z porażenia oddychania, a nie krążenia, że zatem na produkta tego samozatrucia jest szczególnie wrażliwy przedewszystkiem ośrodek oddechowy. (Objawy t. zw. asthma uraemicum).

Powyżej starałem się wykazać, że przy zwróceniu bacznej uwagi na objawy, które są niejako dla zapalenia opon mózgu swoiste, można rozpoznać tę sprawę nawet w nieco zawiłym obrazie, zaciemnionym poniekąd przez dwuznaczne objawy wikłającego zapalenia nerek.

Pogląd więc Bocharda i Gauchera [18]) na białkomocz

---

[15]) Drgawki te jednak muszą być gwałtowne i częste. Obecnie mamy na sali chorego, u którego wystąpił silny, ale jednorazowy napad drgawek, ciepłota pozostała nadal prawidłowa.

[16]) Arytmia, względnie ten objaw, że w równych jednostkach czasu mamy nierówną ilość uderzeń, występuje w przebiegu zapalenia opon niestale.

[17]) Nawiasowo zaznaczam, że podobne spostrzeżenie zrobiłem też przy krwotokach mózgowych. To też w obu tych sprawach dobrem tętnem nie powinno się kierować w rokowaniu.

[18]) Gazette medicale de Paris 1881 Nr 10.

w przebiegu zapalenia opon, jako na objaw zakaźnego zapalenia nerek, uważać należy za zupełnie słuszny [19]). Dowodów na poparcie tego nietrudno dostarczyć. Nasze trzy przypadki nie mogą w tym względzie uchodzić za unikaty; w protokołach sekcyjnych podobne przypadki stwierdzano już nieraz [20]); nam szło tylko o zwrócenie na nie uwagi ze stanowiska dyagnostyki klinicznej i uzasadnienie tożsamości patogenezy tego rodzaju białkomoczu z pochodzeniem białkomoczu w przebiegu innych chorób, wywołanych przez zarazki chorobotwórcze.

Przypadki nasze wykazują, że z powikłaniem tem można się spotkać tak w przebiegu gruźliczego, jak i ropnego zapalenia opon. Mając na względzie tak te przypadki, jak i przypadki sekcyjne Hewelkego i jeden Lewkowicza [20], można stwierdzić, że możliwość równoczesnego zadziałania na układ nerwowy ośrodkowy i na nerki wspólna jest w tym razie wielu drobnoustrojom, gdyż wchodzą tu w grę bakterye gruźlicze, pneumokoki, enterokoki, meningokoki, a może i inne.

Wspólne omówienie charakterystyki wszystkich trzech przedstawionych przypadków wymaga pewnego uzupełnienia co do przypadku drugiego, dotyczącego Maryana L. Mimo rozpoznania zapalenia opon spodziewać się tu było można i spodziewaliśmy się istotnie, podobnie jak w dwóch pozostałych przypadkach, ropnego zapalenia opon; badanie pośmiertne wykazało jednak w tym przypadku zapalenie opon gruźlicze. Przykład — jeden z wielu — ostrzegający przed przywiązywaniem zbyt wielkiej wagi do tak rozpowszechnionych we wszystkich podręcznikach wskazówek, pozwalających rzekomo na wyróżnienie gruźliczego zapalenia opon od innych. Sceptycyzm pod tym względem jest zupełnie uzasadniony. Rozstrzygać tu może właściwie jedna jedyna metoda, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pod względem fizycznym, mikroskopowym, a przedewszystkiem bakteryologicznym. O ile niewątpliwie opryszczce (herpes), pojawiającej się, jak wiadomo, mniej więcej w dwóch trzecich przypadków t. zw. nagminnego [21]) zapalenia opon, nie można odmówić w rozróżnianiu różnych postaci zapalenia opon pewnego znaczenia, o tyle na wszystkie inne, powszechnie podawane cechy różniczkowe za wiele spuszczać się nie należy.

I tak w omawianym przypadku, dotyczącym Maryana L., sprawa była przyrody gruźliczej, mimo że choroba rozpoczęła się nagle, bez żadnych zwiastunów, trwała krótko, bo wszystkiego tydzień, a badanie kliniczne żadnych zmian gruźliczych nie wykazało; i nic dziwnego, bo i po śmierci stwierdzono tylko w kilku gruczołach limfatycznych śródpiersia drobne zaledwie rozmiękające ogniska serowate. A rzecz dziwna. Punktem wyjścia zmian gruźliczych zapalnych na oponach są częściej zmiany, których — jeśli się tak wolno wyrazić — trzeba pracowicie szukać, aniżeli bijące w oczy zmiany, daleko posuniętej gruźlicy płucnej.

Cóż więc dziwnego, że na ujemnym wyniku klinicznego badania w kierunku zmian gruźliczych w ustroju wiele w tych razach polegać nie można. Że odwrotnie istnienie niewątpliwych zmian gruźliczych w ustroju nie przesądza o gruźliczej przyrodzie zapalenia opon, świadczy przypadek pierwszy, dotyczący Maryi O., u której mimo niewątpliwych gruźliczych wrzodów w jelitach, rozwinęło się w oponach zapalenie ropne, najprawdopodobniej t. zw. nagminne. Gdyby nie to, że cierpienie gruźlicze za życia niczem się nie objawiało, możnaby łatwo było przyjąć błędnie gruźliczą przyrodę zapalenia opon [22]).

Jeżeli tedy nawet istnienie niewątpliwie gruźliczych zmian w ustroju nie przesądza sprawy, to nie może jej tembardziej stanowczo przesądzać obarczenie dziedziczne. Żywo mi stoi w pamięci znamienny tego przykład. Młody chłopiec, podówczas uczeń gimnazyalny, przebył szczęśliwie ciężkie zapalenie opon, mimo że u ojca jego, zdeklarowanego suchotnika, znajdowałem w plwocinie mnóstwo prątków gruźliczych, brat ojca cierpi również na gruźlicę płuc, brat chorego kilka lat przedtem zmarł w 20. roku życia z powodu gruźlicy płuc, siostra zaś chorego z powodu nieznacznej, lecz niewątpliwej zmiany szczytowej, która dawała powód do kaszlu i stanów podgorączkowych, pozostaje u mnie w leczeniu.

Tym sposobem jesteśmy u kresu pierwszej części naszej pracy, w której chodziło o patogenezę białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgu i rozwinięcie obrazu trudności, jakie dla dyagnosty powstać mogą wobec rzekomo-mocznicowej postaci tego cierpienia.

Podnosząc niemal patognomoniczne znaczenie pewnych objawów dla zapalenia opon mózgowych, zaznaczyliśmy już mimochodem, że i w tym względzie nie możemy się obejść bez pewnych zastrzeżeń, które w drugiej części pracy naszej omówić zamierzamy. Chodzi mianowicie o to, że objawy, które słusznie niemal za swoiste dla zapalenia opon mózgu uchodzą, a więc objaw Kerniga, a przedewszystkiem sztywność karku, mogą występować wyjątkowo i bez zapalenia opon. Nic dziwnego, że spotykamy te znamienne objawy tam, gdzie zapalenie płuc lub dur brzuszny wikła się zapaleniem opon mózgu, ale szczególną jest rzeczą, że właśnie w przebiegu tych dwóch chorób spotkać możemy wyjątkowo objawy, przemawiające za zapaleniem opon, mimo że sekcya stwierdza potem brak tej sprawy w oponach mózgu. Zagadkowy ten stan, spotykany względnie najczęściej, ale nie wyłącznie w przebiegu tych właśnie dwóch chorób, nazwał Dupré meningizmem.

Patogeneza tego dziwnego zjawiska jest zupełnie ciemna; teoretycznie rzecz biorąc, nasuwają się, zdaniem mojem, dwie następujące możliwości:

[19]) Tak zw. białkomocz gorączkowy tu także zaliczamy, opierając się na twierdzeniu Krehla, że różnica w tym względzie z zapaleniem nerek jest raczej ilościowa, niż jakościowa.

[20]) I tak w protokołach sekcyjnych, zaczerpniętych z pracy Hewelkego: Obecny stan etyologii zapalenia opon mózgo-rdz. (Kronika lek. 1894 Zeszyt 3) na 4 zmarłych dwa razy znaleziono »zmętnienie ćme« w nerkach. U obu za życia prócz białka i krwi znajdowano też w moczu wałeczki.

Krwotoczne zapalenie nerek wykazała również sekcya w jednym z przypadków Lewkowicza: O etyologii zapaleń mózgo-rdz. i znaczeniu rozpoznawczem nakłucia lędźwiowego, Przegl. lek. 1900.

[21]) Nazwa »nagminnego lub epidemicznego« zapalenia opon jest niewłaściwa, rozumie się bowiem przez to postać, którą wywołują swoiste drobnoustroje, mianowicie meningokoki. Tymczasem sporadycznie występujące przypadki są często tego samego pochodzenia, a paradoksalnie wygląda mówić o epidemii, którą przedstawia np. jeden przypadek. Nazwa zapalenia meningokokowego lub zapalenia opon swoistego byłaby właściwsza.

[22]) Zaznaczyć powinienem, że znane są wyjątkowe przypadki, w których w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdowano prócz bakteryi gruźliczych równocześnie meningokoki (Heubner, Lewkowicz).

1) Objawy swoiście mózgowe (np. sztywność karku), zjawiające się bez wykazać się dającego zapalenia opon mózgowych, mogą być wyrazem jedynie czynnościowych zmian, zachodzących w układzie nerwowym ośrodkowym na tle toksycznem.

2) Objawy te, nawet zjawiające się bez dającego się wykazać zapalenia opon mózgowych, są zawsze wywołane zmianami anatomicznemi; zmiany te jednak mogą być inne, aniżeli się spodziewamy, mogą być nie w samych oponach, ale gdzieindziej, mogą być niemożliwe do stwierdzenia, tak ze względu na niedostateczność metod, któremi dziś rozporządzamy, jako też i ze względu na tę okoliczność, że ośrodkowy układ nerwowy jest za życia chorego dla bezpośredniego badania niedostępny, po śmierci zaś pewne zmiany (np. przekrwienie, obrzęk) mogą ulegać mniejszej lub większej regresyi, przez co możliwe jest złudzenie braku zmian anatomicznych.

Zastanawiając się nad tą rozbieżnością między spostrzeganiem klinicznem, a wynikiem pośmiertnego badania, dochodzi się do przekonania, że o ileby w przyszłości miało paść nieco światła na te do dzisiaj zupełnie ciemne sprawy, należałoby przyjąć za zasadę, aby nie te przypadki, w których się coś na oponach stwierdza, ale właśnie te, w których wynik sekcyi, mimo podejrzanych za życia objawów, był ujemny, były pod względem histologicznym badane wszechstronnie. Brak zmian makroskopowych na oponach nie może bynajmniej zadowolnić, odkąd cały szereg niemieckich i francuskich badaczy (Schulze, Roger Voisin) zgodnie stwierdzili, że opony, które przy badaniu gołem okiem wyglądają prawidłowo, przedstawiają przy badaniu drobnowidowem nieraz już wyraźne zmiany. Byłaby w tem — sądzę — zupełna analogia z tem, co niejednokrotnie zdarza się co do zmian zapalnych w nerkach. Wszak dalej niezmierna częstość gruźlicy ze stanowiska anatomopatologicznego stwierdzona została dopiero wtedy, gdy Naegeli wszystkie narządy badać postanowił nietylko makroskopowo ale i mikroskopowo.

Sama dalej patogeneza tych niejako swoistych objawów (np. sztywności karku i objawu Kerniga) zdaje się nawoływać, aby nie poprzestawać na zbadaniu samych tylko opon mózgu, chociażby w sposób możliwie wyczerpujący. Wszak związek między np. sztywnością karku, a stanem zapalnym w oponach mózgu jest tylko pośredni, same zmiany na oponach mózgu nie mają właściwie z powstawaniem objawu tego nic wspólnego, a tylko szerzenie się sprawy zapalnej na korzonki rdzenia. Nie inaczej ma się rzecz i z objawem Kerniga.

To też w każdym przypadku, gdzie zachodzi pod tym względem między oczekiwanym, a faktycznym stanem opon sprzeczność, mógłby być wynik anatomicznego badania dopiero wtedy uznany za ujemny. jeźliby cały teren, w tym razie w grę wchodzący, okazał się istotnie i pod każdym względem nietylko makroskopowo, ale także i mikroskopowo nie zmieniony. A że terytoryum, w którem zachodzące zmiany na dany objaw mogą wpływać, niezawsze przy dzisiejszym stanie nauki — jest ściśle określone, więc nie chcąc nic przeoczyć, wypadnie często robić poszukiwania na terenach, pozornie dla danego objawu w grę nie wchodzących. Za tem, że te teoretyczne czysto wywody mają wiele za sobą, przemawiać się zdaje ciekawa praca Laignel-Lavastinea [23]), który tylko w tych przypadkach ogniskowego zapalenia płuc stwierdził, mimo zupełnie prawidłowych opon, zmiany w wielkich komórkach piramidalnych mózgu, gdzie za życia stwierdzono objawy, budzące przypuszczenie zapalenia opon.

Jak jedynie mikroskopowe badanie, i to różnych terenów, jest w tych razach rozstrzygające, wynika szczególnie plastycznie z pracy Osekiego [24]), która ukazała się przed kilku miesiącami. Mianowicie w 6 przypadkach z klinicznem rozpoznaniem zapalenia opon (meningitis), a ujemnym wynikiem sekcyi, stwierdził Oseki mikroskopowo typowe zmiany zapalne w oponach, w 5 innych, z tem samem klinicznem rozpoznaniem, były i mikroskopowo opony nie zmienione, natomiast znaleziono wyraźne ogniskowe zmiany zapalne w samej substancyi mózgowej (encephalitis). Należy jeszcze podnieść, że na 10 osób zmarłych w przebiegu zapalenia płuc stwierdził Oseki 4 razy mikroskopowo zapalne ogniskowe zmiany w oponach lub samej tkance mózgowej mimo zupełnie klinicznie w tym kierunku skrytego przebiegu sprawy i prawidłowo dla gołego oka wyglądających opon i mózgu.

O tem, że nietylko zmiany zapalne w oponach, ale i inne zmiany, niemniej jednak anatomiczne, wywołać mogą charakterystyczny, a przynajmniej mocno podejrzany zbiór objawów klinicznych, świadczy następujące własne spostrzeżenie:

Przed kilku miesiącami przyjęto na oddział wewnętrzny naszego szpitala 15-letniego chłopca, wysoko gorączkującego i zupełnie nieprzytomnego. Nie było wprawdzie ani sztywności karku, ani objawu Kerniga, uderzała jednak ta okoliczność, że chory, który w ciągu 10-dniowej obserwacyi nie wypowiedział ani jednego wyrazu, tak że sprawiało to wrażenie, iż chory mówić nie może, wydawał od czasu do czasu znamienny krzyk, tak częsty w przebiegu zapalenia opon mózgu, zwłaszcza u dzieci (cri hydrencephalique). Prócz tego istniała bardzo wyraźna przeczulica skórna i bardzo wzmożona pobudliwość naczynioruchowa, tak że chory to bladł, to nagle się czerwienił. Ilość uderzeń tętna przyspieszonego była w poszczególnych jednostkach czasu wyraźnie zmienna, brzuch był zapadnięty, śledziona nie powiększona, stolec zaparty, źrenice nierówne, prawie nie oddziałujące na światło.

Mimo, że brak powiekszenia śledziony, nie wzdęty, ale przeciwnie zapadnięty wyraźnie brzuch, zaparty stolec, znamienny krzyk (cri hydrencephalique), przeczulica i objawy pobudzenia sfery naczynioruchowej przemawiały raczej za sprawą mózgową, niż za durem brzusznym, wykonaliśmy odczyn Widala i ku naszemu zdziwieniu znaleźliśmy wybitnie dodatni (1:100). Chory zmarł i cóż się pokazało. Oto w przebiegu duru brzusznego przyszło do zakrzepu w zatoce sierpowatej, którą to zmianą tłomaczyć należało spostrzegane za życia tak podejrzane objawy.

Mając do czynienia z narządem głęboko ukrytym i niedostępnym dla bezpośredniego badania za życia, nie możemy określić ściśle, jaką właściwie rolę odgrywają same tylko zaburzenia w krążeniu, a przedewszystkiem przekrwienie, na powstawanie owych znamiennych klinicznych objawów meningizmu; a przecież wyłączyć tego niepodobna. Wszak przekrwienie stanowi niejako już wstęp do sprawy zapalnej, wszak, biorąc analogię z t. zw. piorunującemi posta-

[23]) Archiv. de med. exper. 1903.

[24]) Oseki: Über makroskopisch latente Meningitis und Encephalitis bei acuten Infectionskrankheiten (Zieglers Beitr. Bd. 52, 1912).

ciami płonicy, można sobie łatwo wyobrazić, że i tu przy bardzo zjadliwem zakażeniu, a może i słabej odporności, może śmierć nastąpić jeszcze przed wytworzeniem się, przynajmniej makroskopowo widocznego, stanu zapalnego w oponach, podobnie jak jeszcze przed okazaniem się wysypki. Pamiętam niedawno przypadek taki w szpitalu, gdzie w przebiegu zapalenia płuc mimo bardzo znamiennych za życia objawów, prócz przekrwienia, przynajmniej makroskopowe badanie opon nic nie wykazało. W innym znowu przypadku, dotyczącym duru brzusznego, nie stwierdzono po śmierci nawet wyraźnego przekrwienia [25]). Sądzę jednak, że brak przekrwienia po śmierci nie wyłącza bynajmniej istnienia tegoż za życia; nie wyłącza przynajmniej dla tego, kto ma przed oczami żywe przeciwieństwo, jakie zachodzi za życia i po śmierci w skórze chorych na różę, płonicę, dur plamisty i t. d.

Nie jesteśmy niestety w szczęśliwem położeniu laryngologów, którzy mogą za życia chorego oglądać wiernie w lustrze odbity, anatomiczny obraz narządów.

To głębokie ukrycie i niedostępność dla bezpośredniej za życia obserwacyi chorego narządu stanowi główne źródło ciągłej niepewności. Wszelkie pośrednie metody wnioskowania o jego stanie okazują pewne niedobory. Nawet nakłucie kanału kręgowego, mimo ogromnych zasług w tym względzie, niezawsze wolne jest od tego zarzutu, nawet tam, gdzie wymagamy odeń tylko wskazówek rozpoznawczych za lub przeciw ostremu zapaleniu opon mózgowordzeniowych [26]), a przecież wchodzić tu w grę mogą nietylko sprawy zapalne, mogą być opony niezmienione, a inne części układu nerwowego ośrodkowego chore i anatomicznie zmienione. Nie można wreszcie zapominać, że techniki badania histologicznego nie mamy prawa uważać za naukę skończoną. Istnienie takich zmian anatomicznych, których przy dzisiejszym stanie wiedzy stwierdzić niepodobna, nie jest wcale rzeczą nie do pomyślenia i myśl ta w nauce wciąż się błąka. Wspomnę tylko o hypotetycznych wprawdzie, ale mających coś za sobą subtelnych zmianach, powstających w mięśniu znużonym lub w utkaniu mózgu po silnych wstrząsach, o prawdopodobnej alteracyi tkanek pod wpływem t. zw. przeziębienia. Wszakże ilość chorób bez tła anatomicznego systematycznie maleje, właśnie dlatego. że pokazują się zmiany tam, gdzie ich dawniej nie przypuszczano, a przynajmniej stwierdzić nie umiano. Zmiany anatomiczne w przebiegu wścieklizny są dobrym tego przykładem. Uwidacznianie chociażby prątków gruźliczych zapomocą swoistej metody barwienia jest jednym z uderzających przykładów znaczenia metody. Że wykrycię pewnych zmian układu nerwowego stoi z postępami metod histologicznych w najściślejszym związku, tego udowadniać nie trzeba. Jako przykład wspomnę o t. zw. narządzie Golgiego w komórkach nerwowych, który tylko zapomocą pewnych metod utrwalania i barwienia da się uwidocznić. Nie jest niepodobne, że dalszy w tym kierunku postęp wykryje pewne, dla zajmującej nas sprawy ważne, a dotąd nieuchwytne zmiany.

Takie refleksye przychodzą niewątpliwie na myśl każdemu, kto ku swemu zdziwieniu przekonał się przy sekcyi, że opony i mózg są makroskopowo prawidłowe, mimo, że za życia chorego istniały mocno podejrzane w tym kierunku objawy.

Niepodobna przesądzać dzisiaj, czy przyszłe badania, które, jak się starałem wykazać, będą musiały walczyć z wielu trudnościami, oświadczą się za, czy przeciw anatomicznym zmianom w tych stanach, które określamy pojęciem meningizmu. Mnie zdaje się pierwsze bardziej prawdopodobne. Niewątpliwie, że pewne słabe strony, nieodosobnione zresztą w patologii, ma tłomaczenie stałego ściśle określonego zbioru objawów klinicznych t. zw. meningizmu, zmianami napewne różnemi, nietylko co do nasilenia i swej istoty, ale przedewszystkiem co do terytoryalnego rozmieszczenia, cóż dopiero, gdy chodzi o zmiany tylko hypotetyczne. Nie sądzę jednak, aby przyjęcie tła czynnościowego na podstawie toksycznej, nie nastręczało również wielu zagadek. Dlaczego tam, gdzie stale jest powód do zaburzeń toksycznych, objawy meningizmu są tak bardzo wyjątkowe, na to odpowiedzieć nie potrafimy. Dlaczego nie spotykamy ich niejednokrotnie mimo bardzo ciężkiej intoksykacyi, to znowu spotykamy w przypadkach wcale niezbyt ciężkich? Ostatnimi czasy widzieliśmy w szpitalu objawy meningizmu w przebiegu średnio-ciężkiego zapalenia płuc, w czasie którego chory był stale przytomny. Sztywność karku trwała dwa dni i ustąpiła jeszcze przed przełamaniem się choroby; chory wyzdrowiał. Niejednokrotnie widujemy w przebiegu ciężkich, nawet śmiertelnych zapaleń płuc u opilców burzliwe objawy mózgowe, bez śladu tych znamiennych przypadów, któreby naprowadzały na myśl istnienie zapalnych zmian na oponach. Burzliwe te objawy zależą nietylko od silnej intoksykacyi, ale i od małej odporności, wywołanej opilstwem. Jeżeli więc występowanie objawów meningizmu nie zależy ani od siły intoksykacyi, ani od braku nerwowej odporności, a objawy te chcemy pojąć, jako zmiany przyrody czynnościowej na tle intoksykacyi, działającej na układ nerwowy, to trudno się łudzić, że rozumiemy tu istotę rzeczy.

Dziwnem nie przestaje być dalej, aby jedne i te same toksyny raz wywoływały bardzo daleko idące zmiany anatomiczne, to znowu, aby zmian tych nie było wcale, mimo tego samego nasilenia, tychsamych znamiennych objawów klinicznych.

Pomijam wymienianie zwolenników jednej i drugiej teoryi, oraz pewne w tym względzie odcienia i drobne różnice w pojmowaniu sprawy, gdyż nie dorzuciłoby to nic pozytywnego do zajmującego nas przedmiotu. Wspomnę tylko, że pojęcie meningizmu, tak, jak je chciano ustalić pierwotnie, t. j. jako wyłącznie czynnościowej sprawy, uważać należy w każdym razie za zachwiane. I u nas daje się

[25]) Lewkowicz w analogicznym klinicznie przypadku znalazł w płynie mózgowo-rdzeniowym prątki Ebertha.

[26]) Dzisiaj wiadomo już napewne, że płyn mózgowo-rdzeniowy może wyjątkowo nie okazywać cech zapalnych, mimo daleko posuniętego zapalenia opon mózgowych, że może zupełnie nie zawierać drobnoustrojów i naodwrót, mimo braku wszelkich objawów mózgowych, wydobywano wyjątkowo płyn o wszelkich cechach płynu zapalnego, a nawet o cechach płynu, spotykanego przy gruźliczych zapaleniach opon. Wspominam o tem tylko nawiasowo; tłomaczenie tych zjawisk nie należy do zajmującego nas tematu. (W tym względzie wyczerpujące dane znaleść można w »Maladies des meninges« tom XXXV »Nouveau traite de medecine« per Brouardel et Gilbert. Paris 1912).

[27]) Stahr: Meningitis cerebro-spinalis vera, spuria (meningismus) et serica. Przegląd lek. 1911, N. 24.

[28]) Ruski Wracz 1910 Nr 46.

w tym względzie zauważyć zaznaczający się sceptycyzm. I tak Blassberg w dyskusyi nad odczytem Stahra [27]) w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem wyraził przekonanie, że w przypadkach tych chodzi jedynie o ilościowe, a nie o jakościowe różnice, że jednak i w przypadkach meningizmu chodzi o sprawę anatomiczną zapalną. Podobne zupełnie, a równie sceptyczne stanowisko wyraził przed trzema laty Zeidler [28]), zaznaczając, że właściwie niema powodu do osobnej nazwy, bo zdaniem jego, nawet tam, gdzie nakłucie dało wynik ujemny, chodziło zawsze o zapalenie opon, różnego tylko nasilenia. Późniejsze, a powyżej przytoczone badania autorów francuskich, a przedewszystkiem Laignel-Lavastinea zdają się przemawiać jednak za tem, że mogą tu prócz zapalenia opon wchodzić w grę w każdym razie i inne zmiany anatomiczne.

Starałem się wykazać, że wszechstronne, nietylko makroskopowe, ale także mikroskopowe badanie należących tu przypadków, przy coraz bardziej wydoskonalającej się metodyce wykrywania coraz subtelniejszych szczegółów, dotyczących zmian w tkankach, rokuje nadzieje na przyszłość. W każdym razie tak, jak dziś rzeczy stoją, przyznać trzeba, że jeszcze bez pojęcia meningizmu obejść się nie możemy.

Sądzę jednak, że bez względu na to, czy pojęcie to wiążemy w myśli z anatomicznem podłożem, czy nie, powinniśmy w każdym razie mieć ciągle na oku, że pojęcie meningizmu, jak zresztą tyle innych pojęć w każdej nauce, nie jest, tak jak dziś rzeczy stoją, właściwie niczem więcej, jak tylko dyskretnem pokryciem naszej nieświadomości.

Mimo jednak, że przez pojęcie meningizmu, objawy charakterystyczne dla zapalenia opon ulegają niewątpliwie ze stanowiska dyagnostyki pewnemu ograniczeniu, nie dotyczy to bynajmniej zajmującej nas postaci rzekomo mocznicowej, pamiętać bowiem należy, że w przebiegu mocznicy objawów tego rodzaju, jak objaw Kerniga, a przedewszystkiem sztywność karku, nie spotykamy nigdy; dlatego objawy te, gdy chodzi o odróżnienie od mocznicy, zachowują swą pełną rozpoznawczą wartość.

Powyżej naszkicowane obserwacye kliniczne, oraz teoretyczne wywody upoważniają może — jak sądzę — do następujących wniosków:

1) Patogeneza białkomoczu w przebiegu zapalenia opon mózgowych jest w zasadzie taka sama, jak w przebiegu innych chorób zakaźnych.

2) Nawet wtedy, gdy istnieją wyraźne objawy ostrego zapalenia nerek, należy przyjąć zapalenie opon mózgowych, jako sprawę główną, jeżeli u chorego spotykamy objawy swoiście mózgowe, a przedewszystkiem sztywność karku z równoczesną gorączką i tętnem zrazu zwolnionem, a później przyspieszonem.

3) Mimo, że objawy, dla zapalenia opon znamienne, mogą z przyczyn nie całkiem nam jeszcze jasnych wystąpić wyjątkowo i bez zapalenia opon, zwłaszcza w przebiegu zapalenia płuc i duru brzusznego, to jednak jest zwłaszcza sztywność karku jednym z najbardziej znamiennych objawów zapalenia opon mózgu. Obecność tego objawu jest zawsze w tym kierunku podejrzana, stały brak jego czyni zapalenie opon mózgu nieprawdopodobnem.

4) W przebiegu mocznicy objawu tego nigdy nie spotykamy.

5) Jeżeli w przebiegu mocznicy, przebiegającej bez napadów drgawek, ciepłota dosięga wysokich stopni, to przemawia to za jakiemś powikłaniem, najczęściej schyłkowem zapaleniem płuc. Mocznica sama przez się usposabia raczej do obniżania się, a nie do podwyższania się ciepłoty.

6) Śmierć z powodu mocznicy niepowikłanej następuje najczęściej wśród objawów porażenia oddychania; dlatego w przeciwieństwie do zapalenia opon mózgu, gdzie w ostatnim okresie zwolnienie tętna ustępuje miejsca przyspieszeniu, utrzymuje się w obrazie niepowikłanej mocznicy nieraz nadspodziewanie długo wolne i twarde tętno.

7) Pojęcie meningizmu jest pojęciem tymczasowem, najprawdopodobniej zanadto ogólnem, które w przyszłości rozpadnie się prawdopodobnie na szereg pojęć szczegółowych, określających każdorazową zmianę anatomiczną.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Wederhake: **Prosty sposób wyjaławiania katgutu zapomocą gorącego powietrza** (Zentrblt. für Chir. 1912 Nr 20). W zwykłym sterylizatorze Föderla umieszcza się katgut, zalewa do połowy naczynia rozczynem: »Rp. Jodi pur. 0,1 Carbon. tetrac. ad 100,0« i po szczelnem zamknięciu wyjaławia się przez 1/2 godziny w sterylizatorze wodnym. Potem wentylem wypuszcza się nagromadzony gaz, a katgut po otwarciu umieszcza się w szklanem naczyniu, zawierającem nieco czystego jodu. Katgut w ten sposób wyjałowiony jest trwały, giętki, na pewno jałowy, nie trujący i nie drażniący tkanek, nie wala rąk. Sposób sam jest prosty i tani i można go powtarzać bez wpływu na trwałość katgutu. K.

Rubesch: **Przyczynek do zatorowego zawlekania się pocisków** (Beitr. z. klin. Chir. 80, II). Opis przypadku, w którym pocisk rewolwerowy, skierowany w serce, z prądem krwi przeniósł się następowo do tętnicy biodrowej, skąd został operacyjnie usunięty. Podobnych przypadków opisano dotąd 17, z czego 13 spostrzegano za życia, 4 na stole sekcyjnym. K.

Lewin: **Postępowanie przy sztucznem oddychaniu u pozornie zmarłych i duszących się** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 47). Wszystkie stosowane dotąd sposoby sztucznego oddechu mają wady, są albo mało dokładne, albo też zbyt męczące. L. zamiast nich poleca używać specyalnego stołu, na którym przymocowuje się nieprzytomnego i wykonuje spokojnie i z łatwością ruchy oddechowe, przypominające w zasadzie stosowane u noworodków wahania Schultzego, t. j. wydech następuje przez opuszczenie głowy ku dołowi i ucisk brzucha i klatki piersiowej przez spadające ku przodowi kończyny dolne, a wdech odwrotnie przez podniesienie i wyprostowanie chorego. Usuwa się przytem bardzo dobrze wszelką wydzielinę z dróg oddechowych i wywołuje się dopływ krwi do mózgu. Przyrząd Lewina jest lekki, posługiwać się nim łatwo, a wystarczy do tego jedna osoba. A.

Einsiedel: **Leczenie czyraka i trądzika opsonogenem** (Tow. lek. Drezno X. 1912). Na podstawie 82 przypadków zachęca E. bardzo do leczenia czyraka, trądzika i podobnych cierpień opsonogenem. Działanie opsonogenu jest ogólne i miejscowe. Ogólne, występujące zwykle z początku, przypomina zrazu żywo działanie bromu, potem wywiera korzystny wpływ na stan ogólny i niedokrwistość. Miejscowo zaś działa opsonogen, wywołując rychłe ustąpienie obrzęku, szybkie oddzielanie się czopa, chroniąc od

nawrotów w okolicy pierwotnego ogniska i t. p. Dawkowanie opsonogenu musi być indywidualizowane. E. zaczyna zwykle od 50—60 milionów gronkowców, podnosząc w miarę potrzeby stale dawkę i stosując ją pewien czas także po wyzdrowieniu dla zapobieżenia nawrotom. Najwyższa dawka wynosiła 1500 milionów gronkowców. Wstrzykiwania wykonuje E. pod skórę pleców ew. w okolicę ogniska chorobowego. Przez to leczenie osiąga się przy ciężkich uporczywych czyrakach około 82% wyleczeń; nieco gorsze już są wyniki przy trądziku. A.

Förstige: **Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa** (Inaug. Diss. Heidelberg 1912). Na podstawie statystycznych badań 32 chorych operowanych z powodu choroby B., twierdzi F., że leczenie operacyjne daje znakomite wyniki, w 40% wyleczenie, w 32% wybitną poprawę. Śmiertelność jednak wynosi 12·5%. Wycinać należy spore części tarczycy, a krwotok skrupulatnie tamować. Leczenie zachowawcze nie powinno być dłużej stosowane, niż 3—4 miesięcy. Przypadki operowane zbyt późno dają naturalnie wyniki gorsze. K.

M. zur Verth: **Zarys ogólnej chirurgii morskiej** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 47). Chirurgia morska zajmuje z powodu obecnych sposobów walki na morzu, nieco odrębne stanowisko. W rachubę wchodzą tu zranienia torpedami, minami, pociskami armatnimi i utonięcia. 2/3 zranień pochodzi od granatów, 1/3 od uszkodzeń pośrednich. Prócz tego spotyka się często u marynarzy oparzenia wskutek wybuchu kotłów i przypadki zatrucia gazami. Lekarz walczyć tu musi z różnemi trudnościami, jak brakiem miejsca, kołysaniem się okrętu, nieraz brakiem asysty i t. p. Sam też kierować musi przenoszeniem chorych, do czego służą bardzo dobrze maty. Przed bitwą powinien wydać zarządzenia, by okręt jako tako odczyścić, co ze względu na późniejsze zranienia i gojenie się ran ma wielką wagę. Zwłaszcza polecenia godne jest malowanie okrętu pewnemi farbami, n. p. witraliną. Żołnierze zaopatrzeni być powinni w patrony opatrunkowe, naturalnie większe, niż piechota lądowa, bo i zranienia są tu poważniejsze. Chorzy powinni być umieszczeni w miejscu bezpiecznem zwykle na matach wiszących i opatrzeni tabliczkami z rozpoznaniem. Ciężko rannych powinno się przy najbliższej sposobności przenieść na ląd. Wykonuje się na morzu tylko operacye najpilniejsze, zresztą postępuje się o ile możności zachowawczo. Skórę odkaża się jodyną ręce operatora 70% alkoholem. Załogę ćwiczyć należy ciągle w pomaganiu lekarzom. K.

Tillmann: **Chirurgiczne leczenie padaczki** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 49). Bogate doświadczenie, zebrane we wszystkich krajach, przekonało nas już, że w wielu przypadkach padaczki, nawet rzekomo samoistnej, można przez operacyę uzyskać wynik stały, a naodwrót, że nieraz operować nie można, a raczej nie trzeba. I tak nie należy bezwarunkowo liczyć na skutek operacyi, gdy padaczka jest dziedziczną, gdy wykazać można w rodzinie choroby umysłowe, u przodków alkoholizm, histeryę i t. p. Natomiast bardzo nadają się do operacyi przypadki padaczki, która wystąpiła u ludzi zdrowych, pochodzących ze zdrowej rodziny, i to nagle, ew. po urazie. Wogóle urazowa padaczka daje nieraz bardzo dobre rokowanie. W ocenianiu przypadków pomaga bardzo badanie promieniami Röntgena. Wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego jest podług T. często nie przyczyną (z wyjątkiem guzów wodogłowia i t. d.), lecz następstwem napadów padaczki; dlatego też T. nie ma zaufania do leczenia t. zw. dekompresyjnego, celem zmniejszenia tego ciśnienia. Często przyczyna padaczki leży w wadliwej budowie czaszki lub mózgu, w zmianach mózgu, w zwężeniu otworu owalnego, zmianach w naczyniach lub oponach i t. d. i wtedy po zabiegu wiele spodziewać się nie należy. Ponieważ jednak obecnie śmiertelność po otworzeniu czaszki jest bardzo mała, próbować należy zawsze przy padaczce (gdy nie ma w wywiadach powyzej wspomnianych czynników dziedzicznych) trepanacyi, a nieraz przez to wykażemy nadspodziewanie zmiany, dające się operacyjnie usunąć. T. np. ma 57·7% wyleczeń po operacyi. K.

Zybell: **W sprawie kliniki i leczenia ropniaka opłucnej u niemowląt** (Monatschr. f. Kinderheilk. XI. 3). Ropniak opłucny u niemowląt ma tak pod względem klinicznym, jak i leczniczym, wiele odrębnych cech w porównaniu z ropniakiem u dorosłych. Tak n. p. nie cechuje go często żadna typowa gorączka, ma on skłonność do uogólniania się sprawy ropnej, przyczem rokowanie mimo to nie zawsze musi być złe. Również i leczenie jest inne, bo u niemowląt zwykle wystarcza zupełnie aspiracya ropy, ew. kilka razy powtarzana. Natomiast aspirować należy u niemowlęcia nawet najmniejsze nazbieranie się ropy. Prócz tego ogromnie wielką rolę odgrywa tu leczenie ogólne i dlatego Z. jest tego zdania, że raczej interweniować powinien tu pedyatra, niż chirurg. A.

Schwarzkopf: **W sprawie statystyki raka sutka** (Beitr. z. klin. Chir. 80, II). S. omawia materyał praskiej kliniki Wölflera, obejmujący za lata 1895—1910 przypadków 395. Dziesiąta część chorych nie nadaje się już zwykle do operacyi. Pięć razy spostrzegano raka w obu piersiach. Dziedziczność w 5·2%. Uraz i przebyte zapalenie sutka w 8—10%. U osób, które nie karmiły, występuje rak tylko w 13%. S. nie uważa powiększenia gruczołów nadobojczykowych za przeciwwskazanie do operacyi. Nawroty występują zwykle najdalej w 7 miesięcy po operacyi. Wyniki trwałe osiąga się tylko w 20·8%, śmiertelność 4·6%. K.

Salzer: **O dwoinkowem zapaleniu otrzewnej** (Archiv. f. klin. Chir. 98, IV). Na podstawie 13 operacyi u dzieci dochodzi S. do przekonania, że wczesna operacya daje w dwoinkowem zapaleniu otrzewnej bardzo złe rokowanie (11 zgonów) i z tego powodu w razie pewnego rozpoznania (wyłączenia zajęcia wyrostka) lepiej odczekać, aż się utworzą odgraniczone ropnie (wtedy śmiertelność tylko 16%). Niektóre objawy są dość cechujące dla tego cierpienia: bóle brzucha, wymioty, biegunka, sinica twarzy i opryszczka warg. Brzuch zwykle nie wzdęty, owszem przeciwnie nieraz ciastowato miękki. We krwi spotykać można dwoinki i stwierdza się leukocytozę neutrofilną. K.

Decker: **O torbielach trzustki** (Med. Klinik 1912, Nr 43). Torbiele trzustki występują zwykle między 30. a 50. rokiem życia. Rozróżniamy tutaj torbiele prawdziwe i rzekome (t. j. gdy torbiel tworzy się obok trzustki w torbie sieciowej przez wylanie się n. p. krwi). Torbiele mogą być proliferacyjne (adenocystoma), z zatrzymania treści powstałe, a wreszcie degeneracyjne (przy durze, zakażeniu i t. p.) Torbiele wrzekome nie mają własnej ściany; tworzą ją tkanki otaczające, a na niej nie ma wtedy wyściółki nabłonkowej. Trzecia część torbieli trzustki ma tło urazowe. Torbiele prawdziwe rozwijają się powoli, rzekome szybko, nieraz nagle. Treść torbiela jest zwykle kleisto-śluzowa, koloru bronzowego lub krwawego, czasem przeźroczysta jak woda. Czasem torbiele znikają nagle, bo treść wylewa się do jamy brzusznej. Z objawów wczesnych należy wymienić: brak apetytu, nudności, wymioty, chudnięcie, ew. bóle nerkowe, bóle w postaci kolek. Guz wyczuć można nieraz wyraźnie w górnej części brzucha po stronie lewej. Leczenie operacyjne, najlepiej wszycie torbieli w powłoki i sączkowanie, bo wycięcie bywa czasem technicznie zbyt trudne. Z czasem tworzy się przetoka, wobec której stosujemy odpowiednią dyetę (tłuszcze, białko, wody alkaliczne i dużo sody). A.

Laryngologia i otyatrya.

Sakai: **Zmiany anatomiczne przy złamaniach podstawy czaszki** (Archiv für Ohrenheilk. Tom 85, str. 188). Badania makroskopowe i mikroskopowe autora odnoszą się do 10 kości skalistych u pięciu ludzi po obustronnem

złamaniu podstawy czaszki. W żadnym z tych przypadków nie znaleziono złamania samej części kostnej błędnika, natomiast zawsze wybroczyny tak w zakresie nerwu słuchowego, jak jego gałęzi, nerwu ślimakowego i przedsionkowego. Obok wybroczyn często znajdowano rozerwanie niektórych włókien nerwowych i to częściej w nerwie ślimakowym 8 razy, a w nerwie przedsionkowym 4 razy. Również były wybroczyny i na innych miejscach, jak w okienku okrągłem, owalnem, w częściach miękkich przedsionka, kanałów półkolistych i innych.

W przypadkach złamań podstawy czaszki kończących się zresztą pomyślnie, upośledzenie słuchu, a nawet głuchotę wypadnie odnieść do wybroczyn i rozerwania włókien nerwowych. A. B.

Zange: **Przyczynek do zawodowego upośledzenia słuchu** (Archiv für Ohrenheilk. T. 86, str. 167). Badanie pośmiertne przypadku zawodowego upośledzenia słuchu (u kowala) potwierdziło w zupełności wyniki doświadczeń Wittmaacka, iż z przyczyny szkodliwego wpływu przychodzi wyłącznie do zmian w uchu wewnętrznem, mianowicie do zaniku obwodowych części nerwu ślimakowego, szczególnie w zakresie narządu Cortiego, a natomiast nerw przedsionkowy pozostaje zupełnie wolny. Klinicznie też stwierdza się brak objawów przedsionkowych. A. B.

Albrecht: **Leczenie gorącem powietrzem w laryngologii** (Archiv. Fränkla. T. XXVI, str. 509). Stosowanie ciepła, mające znaną wartość w cierpieniach krtani ostrych, w postaci gorących okładów, rozszerza autor także na różne schorzenia przewlekłe. Nowym też jest pomysł stosowania gorącego powietrza, wypróbowanego już w innych działach medycyny. Do tego celu służy skrzynka, odpowiednio zbudowana, która, od brody zacząwszy, przykrywa przednie i boczne części szyi, sięgając aż do barków i górnej części klatki piersiowej; brzegi uszczelnia się zapomocą waty asbestowej. Gorące powietrze o ciepłocie 100—110° C, stosuje się przez $^1/_2$—$^3/_4$ godziny codziennie lub co drugi dzień, zależnie od potrzeby. Obok więc stosowania ciepła sposobami takimi, jak dotychczas (wprawdzie o niższej ciepłocie i wymagającymi dłuższego czasu, obliczonego na dnie), przybywa w laryngologii działanie gorącem powietrzem przez okres krótki, energiczniejsze, ze skutkiem szybszym. A. B.

Cohn: **Zmiana w technice śródnosowego otwierania kanału nosowołzowego** (Archiv Fränkla. Tom XXVI, str. 523). Sposób, podany przez Westa, uległ zasadniczej zmianie w technice, gdyż zamiast wklęsłego dłutka zaleca autor przyrząd, używany zresztą do operacyi śródnosowych, tylko odpowiedniejszej wielkości. Po przecięciu śluzówki cięciem łukowem na 1 ctm. przed przednim końcem małżowiny dolnej i odsunięciu śluzówki ku tyłowi, przedostajemy się przez cienką blaszkę kości łzowej na tępo do kanału nosowołzowego, podanym przez autora przyrządem. Po rozcięciu ostrym haczykiem części błoniastej kanału nosowołzowego, zakłada się do wspomnianego przyrządu narzędzie w formie ostrej łyżeczki, którą możemy zrobić dowolnie szeroki otwór.

Sposobem tym operujemy pewnie, prawie ciągle pod nadzorem wzroku, co jest niemożliwe przy użyciu dłutka, które łatwo może zboczyć i obrazić sąsiednie części. A. B.

Lewinstein: **Tonsilla linguae lateralis** (Archiv Fränkla. Tom XXVI, str. 687). Obok typowej siedziby utkania gruczołowatego w jamie nosowogardłowej na podstawie czaszki, dalej między łukami podniebiennymi, a wreszcie na korzeniu języka, spotykamy często to samo utkanie na tylnej ścianie gardła i na ścianie bocznej (poza łukami tylnymi. Utkanie to spotykamy też, lubo rzadko, w jamie nosowogardłowej na fałdach trąbkowych; a wreszcie, jak to stwierdził autor badaniem histologicznem, znajduje się ono też w tyle na bocznych częściach języka, skąd może przejść na przednią powierzchnię łuku podniebiennego. Utkanie to tworzy tam jakby szereg brodawczek, które ulegać mogą przerostowi, a zresztą zmiany chorobowe odpowiadają tutaj zupełnie zmianom, spotykanym w innych gniazdach utkania gruczołowego. Obok więc znanych powszechnie zmian czterech migdałków, dalej grudek ściany tylnej gardła, listew na ścianie bocznej gardła i utkania na fałdach trąbkowych (tonsilla tubaria), rozpoznawać będziemy także zmiany utkania gruczołowatego na tylnych bocznych częściach języka (tonsilla linguae lateralis). Zmiany w tem miejscu z pewnością były już nieraz spostrzegane, ale dopiero Lewinstein przez zbadanie histologiczne wykazał, iż nie są to brodaweczki językowe, za które je zazwyczaj uważano, ale że znajduje się tu utkanie gruczołowate, adenoidalne. A. B.

Dortu: **Magnezya palona a liczne brodawczaki krtani** (Annal. des mal. du laryn. etc. 1912, Nr 6). Od czasu jak Clavné zalecił dla leczenia nawrotów licznych brodawczaków krtani podawanie wewnętrzne palonej magnezyi w dawce 4 gramów dziennie, mnożą się spostrzeżenia tak z kontynentu, jak i z za morza, o skutecznem działaniu tego leczenia. Wynik jest pewniejszy i trwalszy, niż po stosowaniu soli jodowych lub arszeniku, a sposobu tego powinno się próbować w przypadkach nawrotów, względnie i przed zabiegiem. A. B.

Ryszard Landsberger: **Wysokie podniebienie** (Archiv für Anat. 1912). W doświadczeniach na szczeniętach, którym po jednej stronie szczęki górnej usunięto zarodki zębowe, stwierdzono zaburzenie w rozwoju kości podniebienia, przez co podniebienie było węższe, brak było wyrostka zębodołowego i cała połowa szczęki górnej była zapadła. Podobne zmiany spostrzega się i klinicznie u ludzi przy wrodzonym braku zarodków zębowych. Wyrostek zębodołowy jest bowiem wytworem zębów. Przyczynę wysokiego wązkiego podniebienia, a czasami wysokiego szerokiego podniebienia, któremu towarzyszą często wązkie jamy nosowe, upatrywać należy nie w zwężeniu jam nosowych (co i sprawozdawca wyłącza), ale w nieprawidłowem ułożeniu zębów. Listwa zębowa, z której rozwijają się zęby, nie leży powyżej podniebienia, ale więcej poniżej. Przez to przy rozwoju zębów następuje wydłużenie wyrostka zębodołowego, korzenie zębów nie dochodzą do wysokości jamy nosowej, ale całe mieszczą się w wyrostku zębodołowym, co musi wpływać ujemnie na rozwój na szerokość kości szczęk, względnie podniebienia. Podniebienie wytworzy się wysokie, choćby i prawidłowo szerokie, co zależy od ułożenia więcej lub mniej nizkiego listwy zębowej. Wysokie więc podniebienie ma przyczynę w nieprawidłowo nizkiem ułożeniu listwy zębowej, przez co następuje przedłużenie wyrostka zębodołowego z jednej, a zaburzenie w rozwoju kości szczęki górnej z drugiej strony. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIX. ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 24 lutego (8 marca) 1912 r.

Obecnych członków 50, gości 15. Przewodniczący prezes Prof. Otton Czeczott. Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych: a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego »Związku« i wydziału lekarskiego, Doc. Sowińskiego: »Rok ubiegły był czwartym rokiem istnienia »Związku«, a jedenastym wogóle od początku naszego Towarzystwa. Posiedzeń naukowych ogólnych było razem 9, z nich 1 doroczne naukowo-administracyjne, 5 przypada na wydział le-

karski, 1 ogólne posiedzenie »Opieki lekarskiej«, a 2 pozostałe ogólne naukowo-administracyjne. Średnio uczęszczało na posiedzenia ogólne 51, na posiedzenia wydziału lekarskiego 36. Liczby te w roku zeszłym wynosiły 74 i 28. W dyskusyach nad odczytami brało udział 18 osób. Wygłoszono 14 odczytów, o 2 mniej, niż w roku zeszłym, z tych na posiedzenia ogólne przypada 5, na posiedzenia wydziału lekarskiego 9. Odczyty w porządku chronologicznym przedstawiają się, jak następuje: 1) Inż. jen. Kątkowski: O wyjaławianiu wody zapomocą ozonu i promieni pozafioletowych. 2) Doc. Dr Noiszewski: Odczuwanie światła i barw we dnie i o zmroku. 3) Dr Zdanowicz: W sprawie autoseroterapii przy wodniaku (hydrocele). 4) Prof. Ziemacki: Przypadek gruźlicy nerki i przewodu (nephrectomia). 5) Prof. Ziemacki: Sprawa organizacyi pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. 6) Kand. chemii J. Szabłowski: Badania nad promieniotwórczością wód Birsztanskich wobec spółczesnego stanu wiedzy o promieniotwórczości wód mineralnych. 7) Dr Michałowicz: W sprawie gośćca gruźliczego (z pokazem chorego). 8) Dr Ostrowski: O wadach serca wrodzonych u osesków. 9) Dr Ostrowski: Morfologia krwi przy krzywicy (z pokazem preparatów). 10) Dr Michałowicz: O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych forsownie dzieci gruźliczych. 11) Dr Biron: Przyczynek do leczenia marskości zanikowej wątroby. 12) Dr Wilamowski: Kilka słów o chorobie Bantiego (z pokazem operowanej chorej i preparatów drobnowidowych). 13) Dr Bukowska: Wrażenia z podróży na daleki Wschód. 14) Prof. N. Cybulski: O pochodzeniu prądów czynnościowych w mięśniach (z pokazami świetlnymi). Porównując średnie liczby z liczbami roku zeszłego należy zaznaczyć, że liczba uczęszczających na posiedzenia lekarskie jest znacznie większą (36 i 28), posiedzeń wydziału lekarskiego mieliśmy 5, zaś w roku ubiegłym 4. Ogólna liczba posiedzeń pozostała taż sama, odczytów zaś o 2 mniej, niż w roku zeszłym. Co do wydziału lekarskiego, to obecnie mieliśmy 9 odczytów, w roku zaś zeszłym 7. Stąd wynika, że wydział lekarski z każdym rokiem coraz dobitniej zaznacza swoją żywotność«.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i wydziału lekarskiego, Dra Wilamowskiego.

A., Posiedzeń Rady było 3, na których uchwalono: 1) Dla ułatwienia zbierania składek członkowskich przelać tę czynność na osobnego inkasenta za wynagrodzeniem 10% od składki. 2) Aby użyć czynności sekretarzy w sprawie drukowania i rozsyłania zawiadomień, poruczono pełnienie tego osobnemu funkcyonaryuszowi za wynagrodzeniem 100 rs. rocznie. 3) Sekretarze poszczególnych wydziałów winni zawiadamiać sekretarza administracyjnego »Związku« o mającem się odbyć posiedzeniu wydziałowem, a to w celu uniknięcia jednoczesnie posiedzeń ogólnych i wydziałowych, jak to niekiedy się zdarzało. Powtóre dość często odbywały się posiedzenia poszczególnych wydziałów jednocześnie, pomimo to zawiadomienia były rozsyłane z osobna, co zwiększało koszta drukarskie i pocztowe. 4) Sprawozdania z posiedzeń »Związku« uchwalono rozdawać członkom bezpłatnie.

B., Odbyło się jedno posiedzenie »Opieki lekarskiej« przy rzym. kat. Towarzystwie dobroczynności, na którem: 1) Dr Uliński przyjął na siebie czasowe bezpłatne pełnienie obowiązków lekarskich w przytułku ks. Około-Kułaka. 2) Prof. Dr Ziemacki poznajomił obecnych z projektem organizacyi pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu. Informacyjne odbitki, wydrukowane nakładem członka »Związku« p. Chabłowskiego, który ofiarował na ten cel 100 rs., zostały rozesłane wszystkim członkom; prócz tego 450 egzemplarzy przesłano do Towarzystwa dobroczynności. 3) Dokonano wyboru do Komitetu »Opieki lekarskiej«: prezes Prof. Dr O. Czeczott, wiceprezes Prof. Dr J. Ziemacki, sekretarze: Doc. Z. Sowiński i Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr K. Uliński, opiekunowie: Prof. Dr St. Zaleski, p. E. Chrzanowski, Prof. Dr M. Raczyński, Dr L. Jastrzębski i Dr U. Wierciński.

C., 1) Związek wziął udział w uroczystości 50-letniego jubileuszu organu »Związku« »Przeglądu lekarskiego«, na której Prof. Zaleski reprezentował »Związek« i złożył adres, oraz w 50-letnim jubileuszu Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu (Prof. Zaleski i Prof. Ziemacki) i w 25-letnim jubileuszu działalności Prof. Wołkowa. 2) W dniu 25-letniego jubileuszu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego posłano depeszę. 3) Na uroczystości odsłonięcia pomnika Prof. Tarchanowa reprezentowali »Związek«: Prof. Zaleski i Prof. Ziemacki. 4) Obchodzono 50-letni jubileusz członka »Związku« Dr Bolesława Skargi. 5) »Związek« złożył ofiarę w kwocie 30 rs. dla Towarzystwa opieki dzieci-sierot lekarzy.

D., »Związek« liczył członków: rzeczywistych 450, honorowych 3, korespondentów 19, a razem 472. Z tej liczby na wydziale lekarskim 137, na technicznym 232, przyrodniczym 34, odontologicznym 21. Przybyło nowych członków 29, 5 osób zmarło, 1 wystąpił.

Osoby urzędujące: prezes Prof. Otton Czeczott, wiceprezes wydziału lekarskiego Prof. J. Ziemacki, sekretarz naukowy Doc. Z. Sowiński, sekretarz administracyjny Dr B. Wilamowski, skarbnik Dr K. Uliński, bibliotekarz Dr. L. Jastrzębski. Wiceprezes wydziału przyrodniczego Prof. H. Merczyng, sekretarz B. Honowski; wiceprezes wydziału farmaceutycznego p. E. Chrzanowski, sekretarz p. Boharewicz; wiceprezes wydziału technicznego inż. jenerał E. Kątkowski, zastępca archit. p. Peretiatkowicz, sekretarz naukowy inż. Z. Kotarski, sekretarz administracyjny inż. techn. St. Korsak; wiceprezes wydziału odontologicznego Dr Zwierzchowski. Komisya rewizyjna składa się z osób następujących: prezes Dr U. Wierciński, członkowie: Prof. M. Raczyński, Doc. Z. Orłowski, Dr Al. Karnicki i p. Berkiewicz. Komitet budowy szpitala: prezydujący Dr E. Marcinkiewicz, skarbnik Dr Hattowski, sekretarze: Dr Jaksa-Bykowski i Dr W. Kozłowski.

c) Sprawozdanie sekretarza wydziału farmaceutycznego, p. Boharewicza:

W roku ubiegłym wydział farmaceutyczny nie miał posiedzeń ani odczytów z tego powodu, że wiosenne półrocze było poświęcone opracowaniu działu farmaceutycznego na Wystawę higieniczną w Dreźnie, gdzie przedstawiono w tablicach i cyfrowych danych ogólny stan farmaceutyczny w całem Państwie, nie wyłączając Królestwa polskiego. W drugiem półroczu pochłonęło dużo czasu wiceprezesowi p. E. Chrzanowskiemu opracowanie przyjęcia nowego prawa farmaceutycznego przez instytucye prawodawcze, a mianowicie Izbę i Radę Państwa.

d) Sprawozdanie sekretarza wydziału technicznego, inż. gór. p. Kotarskiego:

W roku ubiegłym odbyły się trzy posiedzenia: dwa pod przewodnictwem jen. Kątkowskiego, jedno pod przewodnictwem inż. Br. Lelewela. Na posiedzeniach tych zostały odczytane referaty: inż. Cierpińskiego: »O nowych lampach elektrycznych«, inż. Jasiewicza: »O stosowaniu rur z blachy falistej«, inż. Kotarskiego: »O robotach wiertniczych przy studyach nad projektem kanalizacyi Petersburga i wodociągu z Ładogi«. Na dwóch posiedzeniach rozpatrywano wniosek o utworzenie »Technicznej komisyi informacyjnej«.

Wydziały przyrodniczy i odontologiczny nie odbyły w ciągu roku ubiegłego żadnego posiedzenia.

e) Sprawozdanie skarbnika »Związku«, Dra Ulińskiego:

Za rok 1911 do kasy »Związku« wpłynęły składki od 96 osób po 5 rs., co stanowi 480 rs., więcej niż 1910 r., gdy było 435 rs. od 87 osób. W 1911 r. nie było żadnej składki dożywotniej, gdy 1910 r. była jedna od p. Michała Baczkowskiego w ilości 50 rs. Dochód brutto wynosi 2712 rs. 73 kop., rozchód 535 rs. 78 kop, zatem 1 stycznia 1912 r.

pozostało 2176 rs. 95 kop. Jest to cały kapitał »Związku«. Gdy porównamy ten dochód z 1910 r., to możemy zaznaczyć, iż w 1910 r. dochód był mniejszy, mianowicie 2331 r. 82 kop., zato rozchód był o wiele mniejszy, mianowicie o $3^1/_4$ razy, bo tylko 169 r. 69 kop. Stosunkowo do większego rozchodu »Związek« w tym roku otrzymał większy procent od kapitału, mianowicie 54 r. 60 kop., w roku zaś 1910 — 44 r. 97 kop. O wiele większy rozchód w 1911 r. tłomaczy się tem, iż na pierwszem miejscu stoi wydatek za pisanie adresów, w ilości 100 r., czego nie było w żadnym roku, ponieważ sekretarze spełniali to sami. Dalej rozchody drukarni stanowią niemałą cyfrę i jak zauważyła komisya rewizyjna w protokole za r. 1911, należałoby zmniejszyć tu główny wydatek, choćby przez zwrócenie się do innej drukarni, tańszej. Projekt ten wniesie skarbnik na najbliższem posiedzeniu Rady. Prócz tego skarbnik zaznacza, iż składki wpływają bardzo skromnie, bo dochód nie wzrasta proporcyonalnie do liczby zwiększającej się co roku członków »Związku«. Liczba wnoszących składki stanowi zaledwie $^1/_5$ część ogólnej liczby wszystkich członków.

f) Sprawozdanie skarbnika Komitetu budowy szpitala polskiego, Dra Hattowskiego:

Kapitał Komitetu budowy szpitala wynosi 6285 rsr. 42 kop. i znajduje się w oddziale warszawskiego Banku handlowego. (Szczegółowe dane w protokole Komisyi rewizyjnej).

g) Sprawozdanie bibliotekarza, Dra L. Jastrzębskiego:

Biblioteka w roku ubiegłym otrzymała następujące pisma lekarskie: Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Gazeta lekarska, Tygodnik lekarski lwowski, Medycyna, Przegląd chorób skórnych i wener. Na rok 1912 do biblioteki zaprenumerowano przyrodnicze: Wszechświat i Kosmos. Nadesłali do biblioteki swe dzieła: Prof. Ciechanowski, Dr Dłuski i Prof. Gliński.

h) Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej odczytał jej prezes: Dr Wierciński: »W dniu 20 lutego st. st. 1912 r. my, podpisani członkowie Komisyi rewizyjnej, przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgi rachunkowe, papiery usprawiedliwiające i sumy Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu za rok ubiegły 1911, z czego okazało się, że wszystkie pozycye przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w rachunkach przez skarbników. Ogólny stan posiadania kasy »Związku« 1 stycznia st. st. 1912 wynosi 2176 rsr, 95 kop., z której to sumy 1945 rsr. ulokowano jako conto czekowe Nr 2290 »Związku« w Petersburskim Oddziale Warszaw. Banku handlowego, a 231 rsr. w gotowiźnie u skarbnika »Związku«, Dra Konrada Ulińskiego.

Komisya rewizyjna uważa za swój obowiązek wskazać, że dla uniknięcia możliwych wątpliwości należy w księdze rachunkowej pozycye dochodowe roku bieżącego Nra 282—286 wyłącznie zamienić na Nra 282a, 283a, 284a, 285a, 286a, ponieważ już figurują one w pozycyach dochodowych z roku 1910.

Prócz tego Komisya rewizyjna zwraca uwagę na 1) niezbędną konieczność użycia wszelkich starań, aby składki roczne członków »Związku« wpływały do kasy regularnie, albowiem zaledwie $^1/_5$ ogólnej liczby członków uiszcza je bez zaległości; 2) byłoby pożądane zmniejszenie wydatków korespondencyjnych i drukarskich. Podpisali: U. Wierciński (prezes), Prof. Raczyński, J. Berkiewicz, Doc. Z. Orłowski.

My, podpisani członkowie Komisyi rewizyjnej w dniu 24 lutego st. st. 1912 r. przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgę rachunkową, dowody depozytowe i sumy Komitetu budowy szpitala polskiego przy Związku polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu za rok 1911, z czego się okazało, że wszystkie rachunki i dochody zapisano w zupełnym porządku. W dniu 1 stycznia 1912 roku kapitał Komitetu składa się z następujących pozycyi: 1) $4^1/_2\%$ obligacyi Petersburskiego miejskiego Tow. kredyt. na sumę nominal. 6500 rsr., ulokowanych w Petersb. Oddziale Warsz. Banku handlowego (dowody depozytowe Nr 1313 (1000 rs.) Nr 1835 (4800 rsr.) i świadectwo z dnia 24 marca st. st. r. 1911 wartości nominalnej 700 rsr. 2) 1 oblig $4^1/_2\%$ Mikołajewskiego miejskiego Towarzystwa kredytowego wartości nominalnej 100 rsr. ulokowany za pokwitowaniem Nr 1799 od 18 stycznia 1911 r. w tymże Banku. 3) 1 premiówka Banku szlacheckiego wartości nominalnej 100 rsr. serya 1260 Nr 10 ulokowana w tymże Banku i 4) na rachunku bieżącym w tymże Banku 299 rsr. 51 kop. Podpisali: U. Wierciński, J. Berkiewicz, Raczyński, Z. Orłowski«.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie za wyczerpujące sprawozdania, które najwymowniej świadczą o rozwoju »Związku«, a Zgromadzenie zatwierdza wszystkie sprawozdania.

II. Prof. St. Zaleski: **Wrażenia z letniej wycieczki naukowej w r. 1911.** Odczyt dotyczył międzynarodowego Zjazdu dla wychowania fizycznego w Odense (Dania), Dreźdeńskiej Wystawy higienicznej i XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w którym prelegent uczestniczył, jako delegat »Związku«. Przedstawiając referat ze Zjazdu w Odense, ściśle opracowany, równocześnie zawierający krytykę różnych poglądów w sprawie wychowania fizycznego, prelegent dał słuchaczom pelne wrażenie z przebiegu prac na Zjeździe. Mówca poruszył sprawę uroczystości pięćdziesięciolecia »Przeglądu lekarskiego«. Na ogólne żądanie został odczytany przez prelegenta adres, wystosowany przez »Związek« do Redakcyi »Przeglądu«. Brzmiał on następująco: »Dostojna Redakcyo! Na zgliszczach i popielisku umysłowego dorobku naszego, śród obcej, a macoszej opieki, w wyziębłych i zniszczonych gniazdach orłów białych, bez puchu, strawy i wolnej bezbrzeżnej przestrzeni — rodzić się poczęły, niby nowe feniksy; wątłe zrazu, a słabe pisklęta, żądne jednak lotu ku szczytom, nie odrazu dościgłym, ku słońcu i niebu, w dalekie a rodzime obszary. Czas i wyższe prawa wszechświata, a może niezbadane wyroki Opatrzności wzmocniły skrzydła i siły tych ptasząt, zahartowały je w ciągłej, a ustawicznej walce o byt i istnienie, i wypasowały wreszcie cudem ocalone orlęta na orłów, godnych swych praojców. I oto jeden z takich orłów, najstarszy i najzasłużeńszy z organów polskiej prasy zawodowej, »Przegląd lekarski« święci dziś gody pięćdziesięcioletnich narodzin swoich. Drogie, a pamiętne są to gody dla każdego Sarmaty, nie tylko lekarza, lecz i tego, co lekarskiej pieczy potrzebuje. Siałeś zawsze, czcinajgodniejszy, zacny Jubilacie, zdrowe i rodzajne ziarna na wyjałowione zagony gleby ojczystej, pielęgnowałeś i umierzwiałeś te ziarna całym zasobem ożywionych, skrzętnie zebranych sił i środków swoich, chroniąc je zawsze od wszelkich szkodników i pasorzytów. To też wydały one dziś plon nader obfity, przechodzący wszelkie oczekiwania spółczesnego Twoim narodzinom pokolenia: wszak dziś widzimy już w Tobie ośrodek do zespolenia i wymiany myśli nietylko dla oddzielnych jednostek, lecz i dla całych stowarzyszeń. Wszyscy, dla których byłeś piastunem i opiekunem, a niekiedy dobrodziejem i orędownikiem, zjawiają się dziś, jak jeden mąż, w myśl zasady »in unitate robur«, aby Ci złożyć jak najgodniejszy Ciebie hołd uznania i wdzięczności. A pośród nich, z wychodzącą nawet poza granice młodzieńczego wieku skwapliwością, rwie się naprzód ten, którego ze szczególną przygarnąłeś troskliwością od chwili jego powstania, przybysz z dalekiej, a mroźnej północy, lecz sam jeszcze nie zmrożony, aby i swój gorący wyraz uwielbienia zespolić z wyrywającem się z głębi serca u wszystkich życzeniem: Ad multos annos!«

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za ściśle opracowany odczyt.

Inż. technik Lelewel wnosi, ażeby prosić prelegenta o rozwinięcie tematu na następnych posiedzeniach wobec

tego, że, jak twierdzi sam mówca, zebrany materyał okazał się tak obfitym, iż trudno go ująć w jeden krótki wykład. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

III. Inż. górn. Z. Kotarski: **O II Wszechrosyjskim Zjeździe pracowników w dziedzinie geologii stosowanej.** W tym odczycie mowca zwrócił główną uwagę na prace rodaków naszych: inż. górn. Czarnockiego, dotyczących pokładów nafty Majkowskiej; Prof. Zaleskiego, dotyczących wód Borzomskich na Kaukazie i Jamarowskich we Wschodniej Syberyi, blizko granicy Chińskiej, dokąd Prof. Zaleski jeździł przed 15 laty, i wielu innych. Prelegent zakończył swój odczyt wnioskiem, ażeby »Związek« założył własne pismo, gromadzące wiadomości o pracach Polaków na obczyźnie, którzy biorą wielki udział w kulturze i postępie ogólnym państw.

Część administracyjna.

1) Dr E. Marcinkiewicz wypowiedział »Kilka słów w sprawie utworzenia Towarzystwa niesienia pomocy lekarskiej dla niezamożnych rodaków«. Mowca wystąpił z projektem pomnożenia funduszów szpitala przez doprowadzenie do skutku organizacyi na wzór tej, jaka już istnieje w Petersburgu w kolonii francuzkiej, posiadającej obecnie dzięki temu swój szpital. Uchwalono przedstawić projekt do szczegółowego rozpatrzenia Radzie »Związku«.

2) Prezes podaje do wiadomości, iż w myśl §§ 24—28 ustawy muszą się odbyć wybory prezesa »Związku« wiceprezesów poszczególnych wydziałów, sekretarzy, skarbnika, bibliotekarza i innych członków Rady »Związku«.

A) Głosujących osób 42. Na prezesa »Związku« Prof. Ziemacki otrzymał 35 głosów, Prof. Merczyng 3, Prof. Zaleski 2. Na skarbnika: Dr Uliński otrzymał 24 głosy i Dr Bukowska 3; na bibliotekarza: Dr L. Jastrzębski otrzymał 25 głosów.

Prezesem »Związku« został obrany: Prof. Dr Józef Ziemacki, skarbnikiem: Dr Konrad Uliński, bibliotekarzem: Dr Leon Jastrzębski.

B) Wydział lekarski: głosujących osób 19. Wiceprezesem został obrany Dr Szymon Dzierzgowski (11 głosów) Na sekretarza naukowego: Doc. Dr Sowiński otrzymał 15 głosów, Doc. Z. Orłowski 2, i Dr Michałowicz 2; na sekretarza administracyjnego Dr Wilamowski otrzymał 17 głosów. Sekretarzem naukowym został obrany: Doc. Zdzisław Sowiński, sekretarzem administracyjnym: Dr Bolesław Wilamowski.

C) Wiceprezesem Wydziału technicznego obrano inż. pułk. Stanisława Rudnickiego, na zastępcę inż. górn. Zygmunta Kotarskiego. Sekretarzami: Inż. tech. Stanisława Korsaka i inż. Zbigniewa Fabierkiewicza.

D) Wiceprezesem wydziału farmaceutycznego został ponownie obrany p. Edmund Chrzanowski, sekretarzem p. W. Boharewicz.

Nastąpiło wzajemne zatwierdzenie osób wybranych na urzędy. E) W myśl §§ 26 i 27 ustawy »Związku« przystąpiono do wyborów 2 nowych członków Komisyi rewizyjnej na miejsce 2 wylosowanych. Zostali obrani (na miejsce Dra Wiercińskiego i Doc. Z. Orłowskiego) leśn. ucz. Prawocheński i inż. Lelewel. Na prezesa obrany został Prof. M. Raczyński. Skład Komisyi: Prof. Raczyński (prezes), członkowie: Dr Al. Karnicki, Inż. Berkiewicz, p. Prawocheński i inż. Lelewel.

Wydziały przyrodniczy i odontologiczny również wkrótce dokonają wyborów i przedstawią je ogólnemu posiedzeniu do zatwierdzenia.

3) Prezes Prof. Czeczott podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu »Rady« obradowano nad zaliczeniem Prof. Dra Stanisława Ciechanowskiego (Kraków) i Dra Augusta Kwaśnickiego (Kraków) w poczet członków honorowych »Związku«. »Rada Związku» wobec wielkich zasług kandydatów, które tu poczęści zostały przedstawione i powszechnie są znane, przedstawia dziś wniosek ten w myśl §§ 11 i 15 ustawy do ogólnego zatwierdzenia. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski i Dr August Kwaśnicki zostali przez jawne głosowanie jednomyślnie obrani członkami honorowymi »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić obu listownie i uproszono prezesa i sekretarza Doc. Sowińskiego o zajęcie się tą sprawą.

4) Prof. Dr Otton Czeczott na wniosek członków »Rady« w myśl § 15 jednomyślnie przez aklamacyę został obrany członkiem honorowym »Związku«.

5) Dokonano wyborów: rzeczywistym członkiem został obrany Dr Adam Huszcza.

6) Na wniosek Doc. Sowińskiego Prof. Zaleski i Prof. Czeczott zostali obrani na członków honorowych Rady niniejszej.

7) Prof. Dr O. Czeczott składając swój mandat w ręce nowego prezesa Prof. Ziemackiego, w gorących wyrazach dziękuje za zaszczyt, którym go »Związek« odznaczył, obierając na swego członka honorowego, składa podziękowanie wszystkim swym współpracownikom i życzy »Związkowi« dalszego rozwoju.

8) Komitet dla uczczenia zasług zmarłego Prof. Dra Russowa zwraca się do »Związku« z prośbą o wzięcie udziału w obradach. Przyjęto do wiadomości.

9) Prezes Prof. Ziemacki, dziękując Zgromadzeniu za zaszczyt, jakiego doznał, podnosi energię i pracę swych poprzedników, wypowiada zdanie, iż pracą tylko można rozwinąć to, co już jest zrobione, i zamyka posiedzenie.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarzy polskich w Detroit.

Posiedzenie doroczne w d. 3. I. 1913 r.

1) Po załatwieniu spraw bieżących, kol. Koneczny i Pasternacki zdali sprawę z podróży na »Zjazd lekarzy polskich w Ameryce« do Chicago.

2) Kol. S. Lachajewski miał wykład p. t.: **Kilka uwag o psychoterapii.**

3) Do Zarządu na r. 1913 wybrano: prezesem B. W. Pasternackiego, wiceprezesem F. M. Singera, sekretarzem E. P. Konecznego, skarbnikiem S. J. Łachajewskiego.

E. P. Koneczny, sekretarz.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

II. posiedzenie Zjazdu wypełnił szereg odczytów luźnych.

Dr Fajersztajn (Lwów) podał dwie **metody upraszczające makroskopowe badanie mózgu**. Świeży mózg wkłada się do okrągłego naczynia, zaopatrzonego z dwu stron w przeciwległe szczeliny, poczem zalewa się go masą, składającą się z czterech części twardej waseliny i jednej części białego wosku. Po skrzepnięciu masy wykonywa się szereg cięć, wprowadzając do wspomnianych szczelin cienki nóż (wstążkowy). W ten sposób otrzymać można dowolną ilość skrawków od pół do 3 cm grubości, które można utrwalić następnie w formalinie i pokrajać makrotomem na płatki pół do $^1/_4$ cm, barwiąc metodą Weigerta, zmodyfikowaną przez Fajersztajna. Wykład objaśniony był demonstracyą.

W dyskusyi Dr Flatau uważa metody Fajersztajna za bardzo użyteczne i godne rozpowszechnienia. Podobnie z uznaniem wyrażali się i inni mówcy, którzy zabierali głos w dyskusyi.

Dr Rosenthal (Heidelberg) odczytuje **przyczynek do badań nad histologią splotu naczyniowego,** rozpatrując krytycznie pytanie, czy splot naczyniowy bierze udział w wytwarzaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Zdaniem autora badania nie

dają ścisłych anatomicznych kryteryów, któreby teoryę wydzielniczą bezwzględnie potwierdziły.

Dr Flatau (Warszawa) zdał sprawę z doświadczeń, dokonanych wraz z Drem Handelsmanem na psach nad wywołaniem **zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,** przebiegającem klinicznie pod postacią t. zw. drętwicy karku, oraz omawiał leczenie tego cierpienia. Z badań tych wynika, że najlepiej wpływają wstrzykiwania surowicy swoistej. Inne środki nie wykazują wyraźnych wpływów dodatnich. Wreszcie podniósł prelegent znaczenie metod chirurgicznych drogą szerokiego otwierania jam czaszki i kręgosłupa wraz z następczem przepłukiwaniem całego ośrodkowego układu nerwowego.

W dyskusyi zabierali głos Dr Rogalski i Dr Rosenthal, rozpatrując zagadnienie z punktu widzenia histologicznego. Prof. Dr Piltz podnosi doniosłość prób Dra Flatau, dotyczących przepłukiwania jamy czaszkowej i kanału kręgowego. Prof. Dr Wicherkiewicz podnosi korzystne działanie w tem cierpieniu przetworów srebra (elektrargol).

Dr Bornstein (Warszawa) odtworzył proces histopatologiczny, który się dokonywa pod wpływem **ucisku na rdzeń,** oraz wykazał przy pomocy doświadczeń na zwierzętach, że pomiędzy funkcyą nerwową a zmianami histopatologicznemi niema równoległości. — W dyskusyi zabierali głos Dr Rosenthal, Dr Jarkowski, Dr Męczkowski i doc. Dr Mazurkiewicz.

Dr Pański (Łódź) omawia **rzadkie objawy w przypadkach porażenia połowiczego,** jakoto: nalot na języku, ślinotok, przymusowy śmiech i płacz, zaburzenia smakowe, powonienia i wiele innych. — W dyskusyi przemawiał Dr Chłapowski.

Prof. Dr Ciechanowski (Kraków) i Dr Landau (Kraków) omówili obraz anatomiczny, znaczenie kliniczne i wskazania lecznicze w przypadkach **torbielowatej puchliny opon mózgowych.** — W dyskusyi zabierali głos Prof. Dr Kader, doc. Dr Orzechowski i Dr Męczkowski.

Dr Bornstein (Warszawa) opisuje postać chorobową, którą nazywa **asthenia paroxysmalis,** polegającą na napadowem występowaniu ogólnej niemocy ruchowej, zwłaszcza w kończynach dolnych. Prelegent wyodrębnia tę postać od innych postaci chorobowych. — W dyskusyi zabierali głos Dr Chłapowski, doc. Dr Orzechowski, Dr Rydel.

Doc. Dr Mazurkiewicz (Kraków) mówił **o afazyi giestowej i apraksyi**, wykazując błędność teoryi Liepmana w niektórych szczegółach i zaznaczył, że afazya gestowa i agrafia należą do objawów afatycznych, a nie w ścisłem tego słowa znaczeniu apraktycznych. Przemawiają za tem fakta kliniczne.— W dyskusyi zabierał głos Dr Rosenthal.

Dr Zanietowski (Kraków) przedstawił **przyrządy zbudowane według własnej metody,** zaleconej uchwałą międzynarodowej komisyi zjazdów elektrologicznych. Uchwała ta poleca w miejsce dawnych metod mierzenia zmian pobudliwości użycie ekscytometru Zanietowskiego, pozwalającego na oznaczenie zmian symetrycznych i asymetrycznych tak zw. spółczynników podrażnienia, otrzymanych przez proste porównanie działalności krótkiej fali rozładowań z długą falą.

Szereg wykładów zakończył odczyt Prof. Dra Piltza **o asynergetycznem unerwieniu oddzielnych części źrenic.** Prelegent przedstawił liczne rysunki, na których zestawione były kolejne zmiany kształtu źrenicy, obserwowane w ciągu kilku minut, a następnie wyjaśnił podścielisko i przyczyny zjawiska tego.

(Dokończenie nastąpi).

Galicya w państwowym budżecie sanitarnym.

Tegoroczny państwowy budżet sanitarny w części dotyczącej poborów personalu sanitarnego przedstawia się wobec roku ubiegłego jako zwyżka o 184965 kor, udział jednak Galicyi w tej zwyżce jest tylko nieznaczny, przewidziano bowiem tylko wzrost personalu lekarskiego o jedną posadę, wzrost 2 posad lekarskich w randze X, zamianę jednej posady IX na posadę w VIII randze, skreślono natomiast najwyższą posadę w V randze. Liczbowo — w sumie poborów — przedstawia się ten wzrost z 382,059 na 424.101 kor. Na tłumienie chorób zakaźnych wstawiono kwotę 1700000 kor., o 50000 kor., więcej niż w roku ubiegłym, przeznaczając nadwyżkę na urządzenie bakteryologicznych stacyi rozpoznawczych we wszystkich krajach koronnych, głównie zaś na skuteczniejsze tłumienie chorób nagminnych, zimnicy, gruźlicy i przymiotu i na popieranie miejscowych urządzeń asanacyjnych, zmierzających do tłumienia wspomnianych chorób. Kwota w stosunku do celu, na który ją przeznaczono, bardzo niewystarczająca. Natomiast o wiele wydatniejszym jest wzrost kwoty, przeznaczonej do dyspozycyi władz centralnych na »inne wydatki sanitarne«, obejmujące w pierwszej linii subwencye na »energiczne« popieranie urządzeń asanacyjnych, wskazanych w interesie podniesienia zdrowotnego i gospodarczego ludności. Gdy w r. u. kwota ta podniesiona o 225,000 wynosiła 951,000 kor., wykazuje rubryka innych wydatków sanitarnych w r. 1913 kwotę 1.335,000 czyli dalszy wzrost o 384,000. Obok subwencyi dla robót asanacyjnych ma przeznaczona nadwyżka służyć do popierania prac naukowych, urządzeń sanitarnych — w szczególności pielęgniarstwa — jakoteż do dalszego rozwoju akcyi, zmierzającej do kształcenia lekarzy urzędowych. Rubryka »innych wydatków sanitarnych krajowych« wzrosła również o 62,624 kor., w czem jednak głównie uczestniczy Dalmacya, otrzymując na osuszenie błotnisk, roboty asanacyjne i regulacyjne kwotę 60,000 kor. Udział Galicyi w tej rubryce wobec roku poprzedniego nie uległ zmianie, wynosi tylko 6000 kor., co tem bardziej zadziwia, że o wiele mniejsze lub pod względem sanitarnym mniej zaniedbane kraje o wiele większy z rubryki tej czerpią udział, np. Austrya dolna 41,800 kor, Pobrzeże 6500 kor, Czechy 19,624 kor, Bukowina 5700 kor. Wydatek preliminowany na utrzymanie 7 państwowych zakładów do badania środków spożywczych wynosi 375,994 kor. wobec zeszłorocznych 378.857 kor. Na wzrost ten obok wyższych poborów personalu urzędniczego i służby wpłynęły podwyższenie tantyem za badania, znajdujące odpowiedni wyraz w zwiększonych dochodach z zakładów oraz w podwyższonych dotacyach na koszta zarządu i obrotu. W pozycyach, odnoszących się do zakładu krakowskiego, zauważyć należy dalszy wzrost dochodów, podwyższenie dotacyi o 1000 kor., natomiast brak podwyżki czynszu za nowy w r. b. zająć się mający lokal dla zakładu, oraz na jego urządzenie. Czyżby co do tego nowe miały zachodzić trudności?

Streszczając tegoroczny państwowy budżet sanitarny, należy podnieść w nim obecność znacznej kwoty na cele asanacyjne, z której kraj nasz w stosunku do swoich potrzeb i rozmiarów oraz zaniedbania sanitarnego więcej niż dotychczas powinien otrzymać. B.

†

Dr August Witkowski

profesor fizyki w Uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł 21. stycznia 1913 w 59. roku życia.

Wychowaniec politechniki lwowskiej, pracował potem w Berlinie pod kierunkiem Helmholtza i Kirchofa, oraz w Glasgowie. W r. 1881 został profesorem Akademii rolniczej w Dublanach, skąd przeszedł na katedrę w politechnice we Lwowie, a w r. 1888 na katedrę w Krakowie.

Uczony wielkiej miary, znakomity profesor, człowiek niezwykle zacny, pozostanie we wdzięcznej pamięci szeregu pokoleń lekarskich, które kształciły się na jego świetnych wykładach.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Księgę pamiątkową XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich zechcą uczestnicy Zjazdu, zamieszkali w Krakowie, odebrać w Zakładzie prof. Dra Nowaka (św. Jana 20). Uczestnikom zamiejscowym rozesłana zostanie księga ta pocztą, resp. przez księgarnie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Rosenzweig, rodem z Krakowa.

— Pp. Henryk i Matylda Grohmannowie z Łodzi ofiarowali 25.000 K. na stypendya dla najuboższej młodzieży na leczenie się w »Domu Zdrowia« Bratniej Pomocy w Zakopanem.

— Konferencya w sprawie udziału w Zjeździe dla higieny szkolnej w Buffalo, zwołana przez Radę szkolną krajową do Lwowa, wybrała komitet ściślejszy, w skład którego weszli pp: Dr Lachowicz, insp. Bruchnalski, Dr Kociuba, p. Mateuszka, Dr

Piasecki, Dr Hojnacki, Dr Kuhn, prof. Łukasiewicz, prof. Twardowski, Dr Janiszewski, Dr Legieżyński.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem odbędzie się d. 21. stycznia 1913 pierwszy odczyt z fundacyi im. A. Sokołowskiego. Zaproszony w tym celu prof. Dr N. Cybulski z Krakowa wypowie wykład p. t. »Elektryczność zwierzęca, jej źródła, przejawy i znaczenie«.

— Dnia 9. I. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem m. i. przedstawiono komunikaty: 1) p. T. Simchowicz: »O chorobie Alzheimera i o jej stosunku do uwiądu starczego«, 2) p. Jan Koelichen: »Chromatophoroma medullae spinalis« i 3) pp. Edward Flatau i Józef Handelsman: »O neurofagii leukocytarnej i o sztucznem ropieniu rdzenia«.

— Na rządowej kolei warszawsko-wiedeńskiej zostali pozbawieni posad lekarze-Polacy: Maleciński, Markiewicz, Korzon, Łazarowicz, Łubieński, Nowakowski, Tymieniecki, Kuczyński, W. Stankiewicz, Watraszewski, A. Ciągliński (Gaz. lek. Nr 3) Posady te wypowiedziano na dziesięć dni przedtem. Nietylko więc padli lekarze ofiarą rusyfikacyi, przewidywanej przez społeczeństwo, a dokonywanej planowo wbrew zapewnieniom, dawanym w Dumie państwowej, ale jeszcze odebranie posad odbywa się wprost brutalnie.

— »Przegląd pedyatryczny« rozpoczyna piąty rok wydawnictwa, wprowadzając dwie doniosłe zmiany: przemianę z kwartalnika na dwumiesięcznik z równoczesnem zwiększeniem objętości (przedpłata pozostaje jednak nadal tylko 4 rb.) i samodzielną administracyę, którą objął jako wydawca Dr Kopeć (Warszawa, Koszykowa 45).

— Zmarły w Warszawie ś. p. Piano, majster murarski, zapisał na rzecz sanatoryum w Rudce swój majątek ziemski wartości około 50.000 rubli.

Z różnych stron. XII. międzynarodowy Zjazd okulistyczny, mający się odbyć 10—15 sierpnia 1914 w Petersburgu pod honorowem przewodnictwem prof. Angelucci z Neapolu, będzie mieć jako główne tematy obrad: 1) Etyologia jaglicy. 2) Odżywianie oka. Prezesem komitetu Zjazdu jest prof. Bellarminow, sekretarzem generalnym Dr Th. Germann (Petersburg, Mochowaja 38); do komitetu, złożonego z najwybitniejszych okulistów europejskich, należy z Polaków r. dw. prof. Wicherkiewicz.

— IV. międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej, połączony z wystawą, odbędzie się w Buffalo 23—30 sierpnia 1913.

— Bardzo słuszne uwagi w sprawie nowych leków podaje Heubner (Jahreskurse f. ärzt. Fortbildung). Obecnie stosują lekarze bardzo często nowe leki, nie mając nawet pojęcia o ich właściwym składzie i działaniu. Reklamom środków wierzyć nie można, bo opierają się one często na bardzo kruchych podstawach. Tak np. często zalety nowego przetworu określane są z góry (na zasadzie składu chemicznego), a w gruncie rzeczy przetwór pod wielu względami nie przewyższa dawnych, a może jest nawet gorszy. Leki puszcza się obecnie w handel po wypróbowaniu ich w kilku zaledwie przypadkach i to tam, gdzie z początku choroby stosowano rzekomo bezskutecznie inne leki. Niezmiernie rzadko ukazują się publikacye, że ten lub ów lek próbowano, ale że okazał się on w działaniu mniej dobrym. Takie publikacye ochłodziłyby znacznie zapał w używaniu leków mniej znanych, a bardzo reklamowanych. X.

— O organizacyi i działalności Czerwonego krzyża w Konstantynopolu ciekawe wiadomości podaje w »Münchener med. Wochenschrift« Dr Schleip. Ze sprawozdania jego widać, jak wielkie znaczenie ma ta instytucya. I tak w Konstantynopolu przeważna część rannych była właśnie opatrywana i pielęgnowana przez ekspedycye Czerwonego krzyża: niemiecką, szwedzką, austryacką, amerykańską, rosyjską i belgijską. X.

— Ze względu na bardzo częste występowanie ciężkich zakażeń po postrzałach śrutowych i nabojami ślepymi, domaga się słusznie Schmidt ustawowego wprowadzenia odkażania przybitek, tak jak to już wprowadzono w armii niemieckiej. X.

— Zarząd Towarzystwa »Domu lekarskiego« (Aerzteheim) w Marienbadzie nadesłał nam sprawozdanie z drugiego roku działalności tej instytucyi. Broniąc się przeciw zarzutowi, że wiadomości o tej instytucyi nie są dostatecznie wśród lekarzy rozszerzane, stwierdza Zarząd, że od r. 1907 corocznie rozsyła swe sprawozdania, odezwy i komunikaty wszystkim stowarzyszeniom i pismom lekarskim w Austryi i Niemczech. W ostatnim roku było 114 zgłoszeń, z których uwzględnić było można 53; w sezonie zdrojowym korzystało z »Domu lekarskiego« 59 lekarzy poczęści z rodziną, razem 94 osoby. Mieszkania przyznawane są tylko członkom Towarzystwa i tylko bezpłatnie; oprócz tego są lekarze, mieszkający w »Domu lekarskim« uwolnieni od taks zdrojowych, mają bezpłatne kąpiele, wstęp do czytelni, 10% zniżkę w restauracyach i 50% opust w teatrze; jedyną opłatą jest 7 koron tygodniowo na koszta utrzymania i administracyi »Domu«. Zgłaszać się o miejsce na sezon letni można od 1 stycznia 1913 pod adresem »Vorstand des Aerzteheimes in Marienbad« Na domu oprócz pożyczki hipotecznej ciąży jeszcze dług 15,250 K, dlatego potrzebne są dalsze dary ze strony chętnych sprawie kolegów i jak najliczniejsze zapisywanie się do Towarzystwa (wkładka roczna najmniej 5 koron).

Zjazdy lekarskie w r. 1913. W marcu: Zjazd międzynarodowy w sprawie wychowania fizycznego w Paryżu (17—50), francuski Zjazd ginekologiczny i pedyatryczny w Lille (25—29), niemiecki Zjazd internistów w Wiesbaden. W kwietniu Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie (10). W maju Zjazd im. Pirogowa w Petersburgu. W sierpniu: międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie (6—12), panamerykański Zjazd lekarski w Limie. We wrześniu międzynarodowy Zjazd fizyologów w Göttingen (2—6). — W r. 1914 zaś odbędą się międzynarodowe Zjazdy: antropologii kryminalnej w Peszcie, neurologiczno-psychiatryczny w Bernie, dla chorób zawodowych w Wiedniu.

Mianowani: Prof. M. B. Schmidt z Marburga profesorem anatomii patol. w Würzburgu, doc. Riedinger profesorem ortopedyi tamże.

Zmarli: Dr August Bukowski, dyrektor szpitala w Wadowicach w 52 r. ż. Dr Aleksander Kocay w 53 r. ż. w Krośnie. Dr Leon Falski w Wołożynie na Litwie, zaraziwszy się tyfusem przy pełnieniu obowiązków lekarskich. Ur. w Warszawie w r. 1868, tam ukończył gimnazyum i wstąpił do uniwersytetu. Aresztowany w r. 1893, po 4 latach więzienia, został skazany na 5 lat zesłania do Syberyi wschodniej. Na wygnaniu uzyskał posadę felczera na kolei Zabajkalskiej i zyskał popularność wśród ludności miejscowej. W górach Chamar Dabanu pełnił z ramienia irkuckiego oddz. Tow. geogr. obowiązki zawiadowcy obserwatoryum meteorologicznego. Po powrocie z zesłania studyował w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Farmakolog prof. Binz w Bonn, fizyolog prof. Vassale w Modenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 29. stycznia 1913 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kader: Przedstawienie przypadków z kliniki chirurgicznej. 2) Prof. Lewkowicz i Dr Dadej: Przedstawienie przypadków z kliniki chorób dzieci. 3) Prof. Rosner: Ciąża a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek d. 27. stycznia 1913 o godz. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O opatrywaniu ran z uwzględnieniem chirurgii wojennej, kol. Dr Fechter. 3) Sprawozdanie co do zabiegów o polepszenie bytu lekarzy dóbr Muniera, ordynacyi ks. Czartoryskich i powiatowej kasy chorych. 4) Wnioski co do podwyższenia taryfy z r. 1906.

Dr Orłowski, sekretarz. Dr W. Czyżewicz, przewodniczący.

NADESŁANE.

»**Eurilo**« wolny od kofeiny, środek zastępujący kawę, wyrabia się z surowca krajowego, jest wyrobem krajowym. Patrz dział inseratowy dzisiejszego numeru.